8

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. le Dr CHARPENTIER

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.
1879

TITRES

Externe des hôpitaux 1857

Interne des hôpitaux 1859

Lauréat à la Faculté. (Médaille d'or. Prix Corvisart)................. 1863

Docteur en médecine 1863

Chef de clinique.................... 1869

Professeur agrégé à la Faculté..... 1872

Membre de la Société anatomique.

Membre de la Société de médecine légale.

Ambulances de la Presse, 1870-1871.

(Ambulance Thénard. — Ambulance Czartorisky.

ENSEIGNEMENT

COURS DE LA FACULTÉ.

1874. — Cours complémentaires du soir. — Leçons sur les hémorrhagies puerpérales.

(Voir aux travaux scientifiques.)

1875. — Cours des élèves sages-femmes.

Cours théorique et pratique d'accouchements. — Notions élémentaires d'anatomie et de physiologie. — Grossesse. — Développement du fœtus. — Accouchement naturel. — Dystocie. — Maladies puerpuérales. — Manœuvres obstétricales (à l'usage des sages-femmes).

1875. — Suppléance de M. le professeur Depaul, à l'hôpital des Cliniques, pendant les vacances.

1876. — Cours officiel de la Faculté. (Suppléance de M. le professeur Pajot.)

Etude complète de la grossesse et de l'accouchement naturel.— Opérations obstétricales.

1877. — Cours des élèves sages-femmes.

1877. — Suppléance de M. le professeur Depaul, à l'hôpital des Cliniques, pendant les vacances.

1878. — Cours officiel de la Faculté. (Suppléance de M. le professeur Pajot.)

Etude complète et détaillée de la dystocie. — Opérations obstétricales avec manœuvres. — Etude sommaire des affections puerpérales.

1879. — Cours complémentaire d'accouchement.

Ce cours de création nouvelle a été inauguré par l'auteur, et a permis de combler une lacune dans l'enseignement de la Faculté. Jusque-là les cours officiels étaient des cours purement théoriques. Grâce à l'obligeance de M. le Doyen et de M. le professeur Depaul

qui a bien voulu mettre à la disposition de l'auteur ses salles et ses collections, le cours a été divisé en deux parties : une partie théorique, une pratique.

La première partie a compris l'étude de la grossesse, de l'accouchement naturel, de la dystocie, et des maladies puerpérales.

La deuxième partie a compris les manœuvres et opérations obstétricales. Les élèves ont été exercés au toucher sur des femmes enceintes amenées de la ville en dehors des malades de l'hopital. Puis ensuite ils ont pratiqué sur le mannequin toutes les opérations et manœuvres (version, forceps, embryotomie).

Ce cours, dont la durée a été d'une année entière, a permis à 250 élèves (chiffre officiel de la Faculté) de prendre part aux manœuvres, et d'arriver au doctorat après avoir pratiqué toutes les opérations que peuvent réclamer les accouchements, ce qui n'avait pu être fait jusqu'alors, étant données les conditions de l'enseignement officiel.

1879. — Suppléance de M. le professeur Depaul, pendant les vacances.

Enseignement clinique trois fois par semaine au lit des malades. — Exercice des élèves, au palper, toucher et auscultation. — Interrogatoire des éléves.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1863. — Étude comparative sur la belladone, le datura et la jusquiame, au point de vue clinique.

(Prix Corvisart. — Faculté.)

Dans ce mémoire, l'auteur a étudié les effets thérapeutiques de ces trois médicaments, dans les affections aiguës et chroniques. Elève des hôpitaux depuis quelques années seulement, il a laissé dans l'ombre bon nombre de points qu'il voudrait pouvoir reétudier aujourd'hui. Il est parvenu néanmoins à constater ceci : c'est qu'il existe un antagonisme prononcé entre l'opium et la belladone ; antagonisme assez accentué pour que la belladone puisse être considérée comme un contre-poison de l'opium et réciproquement.

L'auteur a employé les alcaloïdes de la belladone et du datura ; mais ses recherches ont été nulles à propos de l'hyosciamine qu'il n'a pu alors se procurer. Ses recherches ont donc porté surtout sur l'atropine, la morphine, la daturine.

L'atropine en particulier a été l'objet de ses études. Ne se croyant pas autorisé à faire ses expériences sur les malades l'auteur les a faites sur lui-même et les a poussées jusqu'à l'intoxication. C'est la méthode des injections sous-cutanées qu'il a employée, et il a pu constater tous les phénomènes signalés

par les auteurs, avec cette particularité que chez lui du moins la morphine agissait comme contre-poison très-efficace de l'atropine, les phénomènes de l'intoxication par l'atropine cessant au bout de 20 à 25 minutes après une injection de morphine, tandis qu'ils persistaient huit, dix, douze et seize heures, suivant les doses, lorsque la morphine n'était pas employée.

La daturine, instillée dans l'œil, a déterminé une violente conjonctivite et a forcé l'auteur à suspendre ses expériences. (La solution employée était à l'alcool.)

Quant aux effets thérapeutiques, l'auteur n'a pu les constater nettement. Le service de clinique à lui imposé par la Faculté était le service du professeur Piorry, qui, systématiquement opposé à l'emploi de la belladone, a soulevé des difficultés presque insurmontables.

L'auteur, pourtant, a pu constater les bons effets de l'atropine, dans quelques affections thoraciques (emphysème et asthme, certaines constispations opiniâtres). L'effet a été à peu près nul dans le rhumatisme, ce que l'auteur avait déjà pu constater pendant son externat chez le professeur Trousseau.

1863. — Des accidents fébriles chez les nouvelles accouchées.

(Thèse inaugurale).

Sous ce titre, l'auteur a voulu étudier, non tous les phénomènes fébriles qui peuvent survenir chez les nouvelles accouchées, mais plus particulièrement ce que l'on entend sous le nom de *fièvre de lait*. Admise anciennement presque par tous les accoucheurs, la fièvre de lait est contestée par le plus

grand nombre des accoucheurs modernes. L'auteur a simplement cherché à élucider cette question.

1° L'apparition du lait dans les mamelles, la sécrétion laitée détermine-t-elle de la fièvre.

L'auteur commence par rappeler que chez un certain nombre de femmes, et même de filles vierges, on a pu constater la présence du lait dans les mamelles au moment de la période menstruelle, sans qu'il y eût de réaction fébrile proprement dite. Que chez les femmes enceintes, primipares ou multipares, vers le quatrième ou le cinquième mois, la sécrétion lactée commence à s'établir, rudimentaire il est vrai, mais parfaitement réelle, et que jamais il n'y a de réaction fébrile. Capuron, qui l'admet, nie que l'établissement de la sécrétion lactée en soit la cause. Cazeaux seul dit : « chez quelques femmes le gonflement des seins à la fin de la grossesse s'accompagne de fièvre analogue à la fièvre de lait.

L'auteur signale ensuite ce fait que « chez les femmes qui portent pendant un certain temps leur enfant mort avant terme dans leur ventre, et chez lesquelles l'expulsion de ce produit ne se fait qu'au bout d'un certain temps après sa mort, on voit souvent le deuxième ou le quatrième jour apparaître du gonflement des seins et une sécrétion lactée plus abondante sans fièvre. Chez certaines femmes même ces manifestations du côté des seins sont les premiers symptômes d'une fausse couche déterminée par la mort du fœtus (Obs. de M. Blot, 10 fausses couches avec sécrétion lactée avertissant de la mort de l'enfant sans fièvre).

Etudiant ensuite la sécrétion lactée chez les femmes qui viennent d'accoucher, l'auteur constate que si ordinairement la sécrétion lactée se fait sans fièvre, il est un certain nombre de femmes chez lesquelles cette sécrétion s'annonce avec des

phénomènes de réaction fébrile exagérée : *frissons*, élevation considérable du pouls, sueurs abondantes (Obs. de Blot, obs. personnelles).

Ces faits se rapportent à des femmes qui nourrissent. Chez celles qui ne nourrissent pas, au contraire, la distension exagérée des mamelles amène des douleurs qui, réagissant sur tout l'organisme, déterminent la fièvre ; fièvre qui en réalité tient à ce phénomène purement local de la rétention du lait dans les seins et non à la sécrétion elle-même du lait.

Ainsi donc deux états bien différents : montée du lait avec fièvre ; montée du lait sans aucune réaction fébrile ; l'auteur croit que ce dernier état est la règle, et prouve par des observations que dans bon nombre de cas, ces phénomènes fébriles peuvent être rapportés à diverses causes qui viennent entraver la marche régulière des suites de couches.

1° Susceptibilité nerveuse spéciale (obs. personnelle. Charité, service de M. Beau).

2° Ulcération du mamelon, fissures, gerçures, crevasses.

3° Rétention d'urine (Obs. personnelle).

4° Rétention des matières fécales.

5° Rétention de caillots, tranchées.

6° Travail long. Accouchement laborieux avec ou sans intervention.

7° Embarras gastrique des femmes en couches (Charité, 17 obs.).

CONCLUSIONS.

1° L'établissement de la sécrétion lactée ne détermine généralement pas d'accidents fébriles, qu'elle ait lieu chez une fille à l'époque de sa menstruation ou chez une femme dans l'état de grossesse ou après la délivrance.

2° Le gonflement des seins qui se produit quelquefois chez les femmes qui vont faire une fausse couche, et qui n'expulsent leur enfant que quelquo temps après la mort, n'est pas accompagné de fièvre.

3° Lorsque les femmes qui viennent d'accoucher présentent des accidents fébriles à la suite de leur délivrance, ces accidents tiennent :

α. Exceptionnellement à la montée du lait dans les seins et c'est alors la fièvre de lait.

β. A des accidents variés (fièvre nerveuse, émotion, causes morales, rétention d'urine, constipation, rétention des caillots, d'une partie du placenta ou des membranes, hémorrhagies, lésions du mamelon, manœuvres et lésions traumatiques qui en sont la suite) qui ne font que coïncider dans leur apparition avec l'établissement de la sécrétion lactée.

1869. — MALADIES DU PLACENTA ET DES MEMBRANES.

(Thèse de concours pour l'agrégation.)

L'auteur divise naturellement son étude en deux parties: Maladies du placenta. — Maladies des membranes.

Dans la première partie, il étudie tout spécialement les épanchements sanguins, hémorrhagie utéro-placentaire et apoplexie; — les dégénérescences fibro-graisseuses et les transformations successives du sang épanché.

Discutant les observations anciennes et récentes, personnelles ou empruntées aux auteurs, et s'appuyant sur l'autorité de MM. Robin, Tarnier, Laboulbène, Bailly, etc., l'auteur arrive à cette conclusion, qu'il est impossible de considérer comme des maladies isolées les épanchements sanguins, les apoplexies et les dégénérescences fibro-graisseuses du pla-

centa, que ces lésions sont toutes solidaires les unes des autres à des degrés différents, ou des variétés des transformations du sang épanché.

Discutant successivement : 1° l'opinion de Jacquemier, qui admet deux formes d'hémorrhagie qui correspondent aux trois périodes du développement placentaire, et qui se font tantôt dans la caduque et le chorion, tantôt dans le placenta lui-même, les épanchements provenant de *la rupture des vaisseaux utéro-placentaires ;*

2° L'opinion du professeur Robin et de son élève M. le Dr Millet, qui rapporte à la *rupture des vaisseaux ombilicaux*, et non aux vaisseaux maternels, tous les épanchements sanguins ;

3° Les faits de Jacquemier, Bouchut, Blot, Laboulbène et Hiffelsheim, et ce que l'on entend par l'altération dite fibro-graissense du placenta ;

L'auteur montre avec Druitt (Lancet, 1853) Robin, Barnes, que ce que l'on a décrit sous le nom d'induration du placenta, encéphaloïde, dégénérescence squirrheuse, cancéreuse et tuberculeuse du placenta, n'est autre chose qu'une dégénérescence fibro-graisseuse des villosités choriales, avec oblitération des vaisseaux ombilicaux et leur disparition.

Le placenta est transformé dans une étendue plus ou moins considérable en une masse compacte, friable, mélangée de caillots, composés de villosités obliterées. Entre ces villosités enchevêtrées, existe une petite proportion de matière amorphe parsemée de granulations graisseuses. Les villosités sont toutes oblitérées par du tissu cellulaire à fibres longitudinales peu onduleuses. Entre ces fibres existent de potits amas rouge pourpre d'hématoïdine amorphe ou en aiguilles. La paroi propre des villosités est remarquable par son aspect

rugueux, elle est parsemée d'une grande quantité de granulations grisâtres ou de granulations graisseuses sphériques et jaunâtres de nature graisseuse, attaquables par l'acide acétique. Les caillots sont composés de fibrine coagulée et plus ou moins transformée. « La fibrine coagulée, disent Vulpian et Robin, donne aux tissus dans lesquels elle est déposée, soit à l'état d'infiltration, soit dans des loges créées par l'hémorrhagie, un aspect jaune lardacé, une consistance ferme avec friabilité. Son apparence fibrillaire des premiers jours est devenue grenue au bout d'un temps assez court. A mesure que cet aspect grenu se prononce, on distingue dans la masse des granulations de doux ordres : les unes de nature protéique aisément reconnues parce qu'elles se dissolvent dans les alcalis et l'acide acétique, les autres graisseuses qui résistent à ces agents. De plus, un certain nombre de globules blancs peuvent persister, s'emplir de granulations graisseuses et former ainsi par la disparition des noyaux, des corps granuleux. A mesure que la structure granuleuse se prononce avec le temps, la masse se ramollit, se liquifie, et alors, dit Vulpian, on a sous les yeux une masse demi-liquide et jaunâtre ayant absolument l'aspect du pus et regardée comme telle par les anciens observateurs. »

Passant ensuite à l'examen des idées de Dalton, Bustamante, Damaschino, qui admettent la thrombose placentaire, l'auteur montre que l'on est en présence de trois théories.

L'une consistant à faire de l'épanchement sanguin une lésion primitive amenant consécutivement la dégénérescence des villosités ; l'autre, au contraire, faisant de celle-ci la lésion primitive et considérant les épanchements sanguins comme un épiphénomène; la troisième, enfin, ne tenant pas compte de la dégénérescence graisseuse des villosités et rapportant

tout aux transformations successives du sang, quelle qu'ait été la canse de cet épanchement.

Sans prendre parti pour l'une ou l'autre de ces théories, l'auteur, avec Tarnier et Bailly, constate qu'on observe dans cette lésion un mécanisme « qui rappelle absolument celui d'après lequel prennent naissance les épanchements sanguins des tissus normaux ou morbides, et notamment les épanchements sanguins du cerveau, avec lesquels ceux du placenta présentent encore ce trait de ressemblance qu'ils dépendent probablement aussi d'une altération de l'élément vasculaire qui, d'après les travaux de Bouchard, paraît être la condition organique et la cause prédisposante unique des collections sanguines qui se forment dans l'encéphale. »

L'auteur examine ensuite rapidement la placentite et les abcès du placenta, et discutant les observations de Brachet, de Desormeaux, de P. Dubois, de Stradfordt, de Dance, de Geoffroy de Montreuil, de Cruveilhier ; il montre avec Robin, Millet, Verdier, Cornil, que ce prétendu pus n'est que ce que Robin a appelé le pseudo-pus fibrineux, et que « ce que l'on a pris pour des inflammations du placenta n'est pas autre chose qu'un état caractérisé par les transformations des épanchements sanguins à leur dernière période. Ce que l'on a pris pour du pus n'est que de la fibrine en voie de désorganisation ; et s'il y a des cas où l'on a tronvé du pus véritable, ce pus ne venait pas du placenta, mais d'une inflammation des tissus ou des vaisseaux utérins, et a été déposé accidentellement dans le tissu placentaire. »

Les *adhérences du placenta* seraient donc consécutives à une lésion utérine et non à une lésion placentaire.

Il cite ensuite deux cas de kyste du placenta et deux observations de sclérose du même organe.

Quant aux dépôts calcaires du placenta, ils sont la conséquence de la lésion et se rencontrent dans les cotylédons dont les villosités sont oblitérées.

L'*œdème*, l'*atrophie* et l'*hypertrophie* du placenta sont des lésions consécutives à la mort du fœtus.

Quant aux *altérations syphilitiques* du placenta, l'auteur, à cette époque, n'a rien pu trouver de concluant.

L'auteur étudie ensuite l'influence des lésions du placenta sur le fœtus et montre qu'il y a une relation directe entre l'état d'intégrité du placenta et la santé et le développement du fœtus.

Quant aux causes de cette altération, il constate avec Depaul l'influence de la syphilis, des affections utérines, des maladies du père et de la mère, et montre qu'il y a là dans la pathologie de l'œuf une lacune que des études consécutives parviendront seules à combler.

Passant à la deuxième partie de son œuvre, c'est-à-dire aux *maladies des membranes*, l'auteur, avec Devilliers, admet la congestion de la caduque, les apoplexies ou épanchements sanguins dans le tissu de cette membrane ou de sa cavité. Cet épanchement peut être partiel ou général et peut envahir soit le feuillet utérin, soit la cavité de l'hydroperione, soit le feuillet réfléchi.

L'auteur dit ensuite quelques mots de la dysménorrhée pseudo-membraneuse et montre qu'elle peut être absolument indépendante de la conception. Puis étudiant les lésions du chorion et de l'amnios, il constate, que, si quelques auteurs ont admis l'inflammation de l'amnios, cette opinion paraît difficile à soutenir en s'en rapportant à l'opinion des anatomistes

qui font de l'amnios une membrane lisse, transparente, dépourvue de vaisseaux, de nerfs et de lymphatiques.

Il étudie ensuite les altérations du liquide amniotique, les transformations du fœtus après la mort et les différents degrés de ces transformations : dissolution, momification, macération.

Passant à ce que l'on a appelé la môle hydatique, la môle vésiculaire, et rappelant successivement les articles de Dubois et Desormeaux Dict. en 30 vol.), Boivin, Cayla, Depaul, Ancelet, (Gaz. hôpit., 1868), l'auteur, avec Virchow, Cornil, Ranvier, Damaschino, les range dans les tumeurs dues à une prolifération du tissu muqueux, c'est-à-dire les considère comme un myxome des villosités du chorion.

Cet état se rencontre presque sans exception dans l'œuf humain lors de l'avortement. « Les villosités hypertrophiées de la môle hydatique, aussi bien que les villosités normales, consistent en un prolongement du même tissu muqueux qui forme la gelée du cordon ombilical; les villosités ne sont formées que de deux parties essentielles, un revêtement épithélial (excochorion), et un substratum ou corps de tissu muqueux (endochorion) qui, non vasculaire d'abord, renferme plus tard des vaisseaux.

Dans le principe l'œuf entier est garni de villosités, mais celles qui correspondent au placenta se développent seules, les autres restent stationnaires ou suivent une marche régressive. Mais lorsqu'il se développe de très bonne heure, c'est-à-dire dans les premiers mois de la grossesse, un état pathologique, il arrive que toutes les villosités restent en prolifération et deviennent hyperplasiques. D'ordinaire alors survient l'avortement; mais il peut arriver aussi que la prolifération

progresse et que l'œuf entier soit garni d'hydatides tout à l'entour : d'autrefois au contraire le placenta se développe normalement, mais un rameau quelconque de villosités situé en dehors devient hydatique ; il est beaucoup plus ordinaire que la maladie se limite à la place occupée par le placenta ou qu'elle ne frappe même dans l'étendue de celle-ci qu'un ou deux cotylédons. Dans tous ces cas l'affection débute sous forme irritative par une multiplication de noyaux et de cellules.

Les variétés de môle hydatique ne sont donc que de simples degrés d'une seule et même lésion qui a pour conséquence, depuis les simples vices de conformation, jusqu'à la destruction complète du fœtus ou du cordon. »

Les signes et le diagnostic, le pronostic et le traitement sont ensuite brièvement passé en revue.

L'étude de l'hydrammios fait l'objet du chapitre suivant. Malheureusement cette étude est fort incomplète et l'auteur n'a pu signaler ni les rapports aujourd'hui prouvés de l'hydramnios et de la syphilis dans bon nombre de cas, ni ces faits d'hydramnios aigu dont il existe une dizaine de cas dans la sience, et que l'auteur a pu constater dernièrement chez une malade qui lui avait été confiée par le Dr Bergeron.

Ce mémoire se termine par quelques pages consacrées à l'hydrorrhée, il montre les deux formes de l'hydrorrhée, c'est-à-dire l'écoulement goutte à goutte ou l'écoulement en nappe, et adopte l'opinion de Dubois, Depaul et Pajot qui veulent que le liquide *écoulé par la surface interne de l'utérus* décolle les membranes et forme une espèce de poche dans laquelle il séjourne jusqu'à ce que la quantité augmentant toujours achève

de décoller les membranes jusqu'au col de l'utérus, alors le liquide fait irruption au dehors.

Telle est l'analyse de ce mémoire où l'auteur trop peu expérimenté alors pour exprimer des opinions absolument personnelles, a résumé celle des auteurs jusqu'en 1869. Depuis, bien des points ont été élucidés et demanderaient de nouveaux développements, c'est un travail que l'auteur se réserve de compléter dans l'avenir.

1872. — CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES PARALYSIES PUERPÉRALES.

Pendant la période puerpérale, la femme est exposée à une série de maladies, d'accidents qui semblent emprunter à cet état un cachet particulier. Parmi ces accidents, les phénomènes paralytiques ne sont pas des moins intéressants à étudier. L'auteur a pensé qu'il pouvait y avoir intérêt à passer en revue les diverses opinions émises au point de vue de la pathogénie des paralysies et c'est principalement là le sujet de son mémoire.

Ces paralysies sont tantôt des hémiplégies, tantôt des paraplégies, tantôt des paralysies portant sur les sens spéciaux. Complètes ou incomplètes, partielles ou totales, ces paralysies affectent un seul membre ou les deux du même côté, ou du côté opposé. Elles peuvent être limitées à la face ou envahir à la fois la face et les membres, tantôt enfin porter plus spécialement sur tel ou tel organe des sens, ou telle partie du système musculaire, ou de la sensibilité, mais avec une prédominance toujours marquée pour la forme hémiplégique ou la forme paraplégique.

Sons le nom de complètes, l'auteur comprend les paralysies qui touchent à la fois les membres supérieur et inférieur du même côté s'il s'agit d'hémiplégies, ou les deux membres inférieurs s'il s'agit de paraplégies.

Le nom de paralysies partielles est réservé aux cas ou un seul membre est pris.

Commençant par l'étude de l'hémiplégie puerpérale, l'auteur montre qu'elle avait déjà été signalée par les anciens, qui les attribuaient à la suppression ou à la *rétention des lochies*. Mauriceau le premier remplaça la doctrine de la suppuration des lochies par celle des *métastases laiteuses* et il faut arriver en 1793 pour constater les premiers efforts en faveur de la localisation de ces lésions. Menière, en 1828, publie son mémoire sur l'hémorrhagie cérébrale pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, et signale le rapport entre l'hypertrophie du ventricule gauche, et les altérations consécutives de structure des parois artérielles, et les hémiplégies puerpérales. Depuis, les nombreuses observations de lésions du cœur compliquées de paralysies pendant l'état puerpéral sont vennes justifier l'opinion de Menière. Depuis, on a insisté en outre sur les altérations du sang causées par l'état puerpéral, et la thèse de Decornière sur l'endocardite puerpérale a été le point de départ de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer ceux d'Ollivier.

L'endocardite ayant une marche progressive, et entraînant surtout la lésion de la valvule mitrale, des dépôts fibrineux des végétations valvulaires peuvent donner naissance à des embolies cérébrales par suite de la gêne circulatoire que détermine l'utérus gravide. L'auteur rapproche ensuite de ces faits d'endocardite puerpérale compliquée de paralysie, les faits de thromboses artérielles puerpérales observées par Oke,

Risdon, Bennet, Turner, Simpson, qui détermineraient des gangrènes lorsqu'elles frapperaient les artères des membres supérieurs, et des hémiplégies dans le cas de thrombose des artères cérébrales. (Voir les observ. de Hervieux, Kirke).

En 1847 paraît le mémoire de Beschtke (Montlhy J.), et en 1854 celui de Fletwood-Churchill, traduit par Blot (Archiv. méd. 1875), et alors on voit invoquer une nouvelle cause pour expliquer les paralysies puerpérales, l'*albuminurie.*

Churchill, Simpson, ce dernier en particulier, insistent d'une façon spéciale sur les complications paralytiques de l'albuminurie.

Plus affirmatif encore que Churchill, Imbert Gourbeyre, dans son mémoire sur les paralysies puerpérales, couronné par l'Académie en 1860, rappelle le travail de Menière, mais pour combattre ses conclusions et rattacher les apoplexies de la grossesse au mal de Bright puerpéral où à sa forme éclamptique. Il conclut que dans la maladie de Bright on rencontre les trois formes traditionnelles d'apoplexie, — l'apoplexie sanguine, l'apoplexie nerveuse et l'apoplexie séreuse. — Les paralysies qui peuvent en être la suite se rattachent à ces trois formes. — Arrivant ensuite à la discussion des faits, il divise les paralysies puerpérales (celles qui portent sur les sens spéciaux forment un chapitre à part) en quatre grandes catégories.

1° Observations de paralysies puerpérales avec albuminurie constatée;

2° Observations de paralysies puerpérales précédées ou suivies d'éclampsie;

3° Observations de paralysies puerpérales précédées d'apoplexie puerpérale ;

4° Observations de paralysies puerpérales liées à la contracture des extrémités.

On le voit donc, pour Imbert Gourbeyre, la plupart des hémiplégies puerpérales peuvent se rattacher à l'albuminurie et à l'éclampsie avec ses différentes formes ; mais quelle est la cause déterminante de ces affections ?

C'est ici que nous allons retrouver les différentes théories qui ont tour à tour régné dans la science et qui ont été s bien résumées dans la thèse de Fournier (Urémie, 1863).

A quoi sont dus ces phénomènes ? Est-ce, comme le veut Wilson, à la présence de l'urée dans le sang ; à la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque sous l'influence d'un ferment (Frerichs) ; à l'ammoniémie (Treitz) ; à la diminution de l'albumine du sang ; à la diminution des globules ; à la rétention d'eau dans le sang, rétention qui est elle-même le résultat de l'insuffisance rénale (Cahours) ; à la décomposition de l'urée dans le sang en acide oxalique (Bence-Jones), à l'urinémie (Schottin, Gubler) ; à ce que Traube, Sée, ont appelé les théories nerveuses de l'urémie ? Est-ce enfin à ce que Hervieux a appelé le miasme, le poison puerpéral (faits de Hervieux, fait personnel clinique, 1867) ? Aujourd'hui encore ces diverses opinions comptent chacune de nombreux partisans, mais sont insuffisantes pour expliquer tous les faits.

A côté de ces théories et en opposition à la pléthore des anciens apparaît l'anémie, qui à elle seule ne suffirait pas, mais à laquelle, chez les femmes enceintes et accouchées, viendrait se joindre une nouvelle cause d'affaiblissement et d'épuisement. L'hémorrhagie puerpérale (cas de Stort, Bataille, Leroy d'Etiolles, Lee, Laurent). Blot, du

reste, avait déjà signalé les rapports de l'albuminurie et de la métrorrhagie puerpérale.

Une dernière cause d'hémiplégie qui tend à prendre tous les jours plus d'importance, c'est l'*action réflexe* (With, Prochaska, Graves, Brown-Séquard). L'auteur, discutant les observations, montre que deux cas seuls, celui de Lever où il s'agit d'une hémiplégie croisée, et celui de Stokes rentrent réellement dans cette catégorie.

Etudiant ensuite les symptômes et la marche de ces paralysies, il constate qu'elles peuvent débuter brusquement, envahissant de suite et d'emblée les deux membres, quelles peuvent souvent aussi n'attaquer les membres supérieurs et inférieurs que successivement; être incomplètes, portant tantôt sur le membre supérienr, et souvent alors accompagnées de paralysie faciale, d'amaurose, tantôt sur le membre inférieur du même côté ou du côté opposé; tantôt enfin être limitées à la face. Partielles, en un mot, elles portent à la fois sur le mouvement et la sensibilité, s'accompagnant rarement de troubles du côté de la vessie et du rectum. Les lésions du mouvement sont en général le fait prédominant. Cet état peut n'être que transitoire et passager, ou au contraire persister pendant plusieurs mois avant de disparaître d'une façon absolue; d'autrefois enfin la mort vient terminer la scène. Les troubles de la sensibilité présentent de plus grandes variétés encore que ceux du mouvement, mais ils existent habituellement. Analgésie, anesthésie présentent des alternatives de recrudescence ou de diminution, s'accompagnant de sensations de froid ou de chaleur, sans que ces deux agents appliqués localement déterminent des phénomènes bien appréciables; d'autrefois c'est une véritable hyperesthé-

sie qui existe et elle s'accompagne toujours alors de sensation de froid ou de chaleur.

Le pronostic, on le comprend, varie avec les lésions et leur intensité, et on peut les diviser en deux grandes classes :

Hémiplégies par lésion cérébrale profonde; hémiplégies par lésion cérébrale passagère et superficielle. Les premières, on le comprend, beaucoup plus graves que les dernières.

La deuxième classe des paralysies puerpérales que l'auteur examine comprend les *paraplégies puerpérales.*

C'est surtout cette forme de paralysie qui avait été signalée par les anciens, et comme pour l'hémiplégie, les deux doctrines de la suppression des lochies ou des métastases laiteuses règnent tour à tour en souveraines, et il faut arriver jusqu'au mémoire de Fletvood-Churchill, 1874, pour avoir des notions plus exactes sur les paraplégies puerpérales.

Comme pour les hémiplégies, les causes sont nombreuses, mais ici à côté des paraplégies où des lésions médullaires ou autres ont été constatées, et des paraplégies albuminuriques apparaissent deux nouvelles causes. L'une que l'auteur a presque rejeté pour les hémiplégies, *l'action réflexe* ; l'autre, le *traumatisme*, dont l'action est aujourd'hui des plus évidentes.

Paraplégies par lésions de la moelle. — L'auteur établit de suite une grande division. Tantôt en effet la lésion de la moelle existait avant que la femme ne fût devenue enceinte et la grossesse est venue seulement apporter une modification à l'état primitif, marquant ainsi son influence ; tantôt, au contraire, la lésion de la moelle s'est produite pendant la grossesse, de sorte que l'on a pu assister au développement de la maladie et à la série des accidents qui ont amené la mort, et ont permis de constater de visu, l'existence et la nature de la

lésion (deux observations personnelles). Or, ces lésions sont incontestables et de même que l'auteur a admis une hémiplégie déterminée par des lésions cérébrales évidentes : apoplexie, hémorrhagie cérébrale, méningite ; de même il admet une paraplégie dépendant de lésions de la moelle, des enveloppes rachidiennes ou du rachis lui-même, ces lésions ayant été constatées à l'autopsie d'une façon aussi précise dans un cas que dans l'autre.

Les paraplégies par albuminurie sont admises sans conteste, ou au contraire sont considérées par les auteurs comme exceptionnelles sinon comme devant être absolument rejetées. Un seul cas en effet semble probant, celui d'Abeille (Mon. hôpit. 1874. Paraplégie consécutive à une attaque d'éclampsie suivie d'anasarque).

D'accord avec Hervieux, Fournier, Lasègue, l'auteur déclare que les faits signalés ne sont pas suffisants et que la paraplégie albuminurique doit être reléguée parmi les vérités qui ont besoin de démonstration.

Les paraplégies par action réflexe signalées déjà par Churchill et Imbert Gourbeyre. La cause qui domine aujourd'hui la pathogénie des paraplégies puerpérales, c'est l'action réflexe, si bien définie et étudiée par Brown-Séquard, Claude Bernard et Jaccoud.

Quatre grandes classes suivant ce dernier auteur :

1° Les paraplégies organiques;
2° Les paraplégies ischémiques;
3° Les paraplégies dyscrasiques;
4° Les paraplégies fonctionnelles.

La première classe de paraplégies renferme les cas cités plus haut. Jaccoud y fait rentrer les paralysies traumatiques

que l'auteur étudie à part. Il en est de même de la deuxième et de la troisième classe.

Quant à la quatrième, paraplégies fonctionnelles, c'est dans cette classe qu'il faut ranger la plus grande partie des paraplégies de la grossesse et de l'état puerpéral. Ce sont les véritables paraplégies réflexes, ce qu'on appelait autrefois les paraplégies d'origine périphérique.

L'auteur rappelle les faits de Gellé (J. pratique, 1826. Métrite aiguë chez les vaches avec paraplégie incomplète). Swell, Ithen, chez les vaches, et constate que Romberg, Hunt, Stan ley, Lisfranc, ont observé que la paraplégie pouvait accompagner certaines conditions morbides des organes génitaux, et qu'elle pouvait dépendre des pressions directes exercées par l'utérus développé ou par l'ovaire sur les plexus nerveux des extrémités inférieures, ou qu'elle reconnaissait pour cause une action réflexe sur la moelle. Esnaut, Vallin, Nonat surtout ont insisté sur ces faits.

Jaccoud reprenant la question dans son ensemble, établit dans la classe des paralysies fonctionnelles quatre divisions distinctes.

Dans le premier groupe la paralysie succède à une excitation anormale plus ou moins prolongée qui a été transmise à la moelle par les nerfs périphériques des organes génito-urinaires, des viscères abdominaux ou de la surface cutanée. C'est la paraplégie d'origine périphérique.

Dans le deuxième groupe la paralysie se développesous l'influence des pyrexies et des maladies aiguës.

Dans le troisième groupe la paraplégie apparaît dans le cours d'une maladie constitutionnelle ou cachectique.

Dans le quatrième et dernier groupe la paraplégie prend naissance sous l'influence d'une névrose.

Au premier groupe se rattachent les paraplégies qui apparaissent dans le cours des maladies des organes génito-urinaires (paraplégies urinaires et utérines) ; celles qui procèdent d'un état morbide de l'intestin (superpurgation, vers intestinaux); celles enfin qui résultent d'une excitation des nerfs sensibles (influence du froid, névralgies).

On le voit, Jaccoud ne range pas les paraplégies puerpérales parmi les paraplégies réflexes. Distinguant la paraplégie de la grossesse qui doit, dit-il, être soigneusement séparée de la paraplégie puerpérale ou post-puerpérale, il range les premières dans les paraplégies par dyscrasie anémique et les attribue à la chloro-anémie et à l'état nerveux, et les secondes dans les paraplégies organiques par compression des nerfs périphériques, faisant jouer ainsi au traumatisme un rôle capital.

L'auteur, citant les observations et les discutant, montre que si cette opinion est vraie pour certains faits, il en est d'autres qui doivent rentrer réellement dans les paralysies réflexes. Si l'on étudie en effet les observations citées par Maringe, thèse 1865, Rosier, 1870, Frogé, 1868, on voit que la netteté des phénomènes suffit dans bon nombre de cas pour justifier l'admission des paralysies réflexes (voir en particulier l'observation d'Echeverria, Americ. med. Times 1863). A côté de ces paralysies réflexes, l'auteur fait rentrer dans les paraplégies dyscrasiques et ischémiques de Jaccoud un certain nombre de paraplégies puerpérales, les paralysies chloro-anémiques et post-hémorrhagiques. L'état du sang puerpéral se rapproche énormément du sang des chlorotiques ; or, chez elles il n'est pas rare d'observer des phénomènes paralytiques ; rien donc d'extraordinaire à ce que l'on observe des faits analogues dans l'état puerpéral. Hervieux enfin admet des para-

plégies par empoisonnement puerpéral. L'auteur garde la même réserve que pour les hémiplégies.

Ces paralysies puerpérales présentent les trois types observés par Jaccoud, mais avec cette particularité qu'ils succèdent l'un à l'autre, c'est-à-dire que rarement la maladie arrive d'emblée à son summum; c'est d'abord une gêne, un affaiblissement des mouvements des membres qui peut même être d'abord limité à un seul ou envahir les deux à la fois; affaiblissement auquel succède au bout d'un temps plus ou moins long l'impossibilité absolue d'exécuter un seul mouvement. Dans certains cas même, la paraplégie offre une sorte d'oscillation telle que si, par exemple, le membre inférieur gauche est est pris le premier, ce n'est qu'au bout de quelques heures, de quelques jours, que le membre droit se trouve compromis à son tour, le gauche pouvant recouvrer en partie son intégrité, puis au bout de quelques jours il se reprend à son tour et l'affection porte alors, soit également, soit inégalement, sur les deux membres et suit son cours régulier à partir de ce moment. Tantôt limitée exclusivement aux membres inférieurs, ces paraplégies semblent n'avoir aucun retentissement sur l'économie, tantôt au contraire elles semblent avoir touché plus profondément les malades et s'accompagnent alors de troubles du côté des fonctions de la vessie ou du rectum. La sensibilité subit dans ses modifications toutes les variétés signalées dans l'hémiplégie.

Ces paralysies ont donc dans leur marche quelque chose de spécial. Débutant pour ainsi dire d'une façon progressive, elles deviennent rapidement complètes pour disparaître en général assez rapidement. Mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et quelquefois il se fait dans la maladie une sorte de transformation que Jaccoud a bien signalée.

L'altération produite dans la nutrition de la moelle par la chloro-anémie peut amener des lésions matérielles plus ou moins graves. Alors la paralysie persiste ou bien elle se généralise et tue.

Discutant ensuite le diagnostic, l'auteur constate que deux grandes classes de paraplégie doivent se produire pendant l'état puerpéral et sous l'influence de cet état :

1° Les paraplégies organiques ;

2° Les paraplégies fonctionnelles de Jaccoud, réflexes de Brown-Séquard, et que toutes deux se présentent avec un ensemble de symptômes qui permettent de les différencier. Les paraplégies qui surviennent après l'accouchement en dehors du traumatisme présentent une marche spéciale qui justifie jusqu'à un certain point l'opinion de Hervieux qui les range dans ce qu'il appelle les paraplégies par empoisonnement puerpéral.

Ces paraplégies sont en effet consécutives à des accidents puerpéraux: phlébite, lymphangite, péritonite, ovarite, etc. Ce n'est plus la moelle ou l'enveloppe membraneuse ou osseuse qui sont prises tout d'abord, c'est le plexus lombaire ou sacré; aussi les douleurs siègent-elles tout d'abord dans cette région où elles sont primitivement localisées. Il y a inflammation, mais inflammation par propagation. C'est parce que les nerfs se sont trouvés englobés dans un centre profondément enflammé qu'ils se sont pris à leur tour. Aussi la paraplégie suit-elle dans son évolution l'évolution de la maladie primitive, et si les femmes guérissent, la paraplégie disparaît en même temps que la maladie qui lui a donné naissance.

Quant à la seconde variété, ce qui la différencie surtout c'est l'absence des symptômes qui peuvent la faire confondre avec la précédente. Débutant d'une façon insidieuse soit pen-

dant la grossesse, soit après la délivrance, jamais la paraplégie réflexe ne s'accompagne de ces douleurs du côté des reins ou de l'épine qui existent constamment dans les cas de paraplégie organique. C'est dans ces cas que l'on observe les altérations bizarres de la sensibilité. Presque toujours limitée aux membres, elle laisse le plus habituellement intactes les fonctions de la vessie et du rectum et survient sans cause connue, sous l'influence du refroidissement, d'une hémorrhagie ou de la grossesse seule. On la voit se produire aussi bien après un accouchement facile qu'après un accouchement laborieux, mais ce qui la caractérise c'est son peu de durée.

Ces paraplégies n'exercent aucune influence sur la grossesse, mais il n'en est pas de même au point de vue de l'accouchement, et lorsqu'elles s'étendent jusqu'aux muscles abdominaux, il semble que les derniers temps du travail puissent subir un arrêt ou tout au moins une prolongation qui paraît être sous l'influence de cette paralysie des muscles des parois de l'abdomen.

Paralysies partielles.

Après avoir ainsi étudié les paralysies complètes, l'auteur passe à l'examen des paralysies partielles, c'est-à-dire celles qui ne portent que sur un seul membre, le supérieur ou l'inférieur. Parmi ces paralysies il en est une classe qui prime toutes les autres, ce sont les *paralysies traumatiques*. Ce n'est guère que dans ces dernières années que ces paralysies ont été notées et encore avec certaines réserves.

Signalées par Campbell (Midwifery), par Ramsbootham, Scanzoni, Romberg, Bedford, Burns, Jacquemier, Tarnier,

Depaul et autres, elles avaient peu appelé l'attention quand parut en 1867, la thèse de Bianchi. Réduisant la question à un problème de mécanique, Bianchi constate qu'il existe :

1° Un agent ou puissance active (contractions utérines);

2° Un corps ou instrument de compression (tête fœtale);

3° Un point d'appui ou surface résistante (bassin);

4° Enfin des organes exposés à la compression.

Les organes exposés à la compression sont la tête fœtale, le bassin, les muscles du périnée, les vaisseaux hypogastriques, la vessie, le rectum, les nerfs et en particulier le lombo sacré, le crural, le nerf obturateur, le plexus sacré dont le principal intérêt se résume dans sa branche terminale, le sciatique — Incomplètement protégé contre le traumatisme puerpéral, le grand nerf sciatique est forcément comprimé dans tous les accouchements, mais à des degrés variables. Le plus ordinairement, tout se borne à la fin du travail à des crampes dans les mollets et les orteils, mais si le tronc nerveux est trop longtemps et trop fortement comprimé, contusionné par la tête du fœtus, ou l'instrument destiné à l'extraire, des troubles souvent sérieux et durables, et même de véritables paralysies pourront survenir dans la portion des membres inférieurs où se distribuent les branches terminales du nerf. — Il attribue la plus grande part au forceps, à l'instrument, aux positions postérieures, il note ensuite la durée du travail, et comme cause prédisposante au premier chef, les rétrécissement du bassin, car plus le bassin sera étroit et la tête volumineuse plus la compression sera à redouter.

De même que les paralysies albuminuriques sont précédées d'une véritable période prodromique, de même les paralysies traumatiques sont précédées de douleurs vives, de crampes, d'engourdissements, de fourmillements qui peuvent être telle-

ment prononcés qu'ils peuvent par leur acuité seule entraver le travail en empêchant, comme l'on dit, la femme de faire valoir ses douleurs. L'apparition de la paralysie a lieu à une époque assez rapprochée du travail, dans les vingt-quatre, quarante-huit heures en général qui suivent l'accouchement. La sensibilité peut être abolie, diminuée, augmentée ou pervertie. Il en est de même de la motilité.

Paralysies partielles.

Les paralysies traumatiques seraient presque aussi bien nommées paralysies unilatérales puisqu'elles sont presque toujours limitées à un seul côté, et que ce côté est surbordonné au nerf qui a subi la compression; il n'en est plus de même des *paralysies partielles*.

Désignées sons le nom d'hémiplégies par les uns, de paralysies par les autres, elles rentrent suivant l'opinion des auteurs dans telle ou telle classe de paralysie suivant la cause qu'on leur attribue. Mais si l'influence de l'état puerpéral est incontestable pour beaucoup d'entre elles, cette influence semble nulle pour d'autres : c'est que ces paralysies sont survenues accidentellement chez une femme enceinte sans que l'on puisse établir nettement entre l'état puerpéral et l'apparition de ces paralysies une relation incontestable de cause à effet.

Le plus fréquente de ces paralysies est la paralysie faciale. Viennent ensuite les paralysies du membre supérieur. De plus ces paralysies sont rarement isolées et se compliquent le plus souvent d'une paralysie des sens. Enfin, au lieu d'affecter telle ou telle forme, ces paralysies semblent plutôt avoir de la tendance à se localiser dans une région, dans un système de muscles (face épaule, muscles extenseurs du cou). Elles rentreraient donc dans ce que l'on a appelé la forme rhumatis-

male. L'analyse des observations permet de les rattacher à trois grandes causes :

1° L'albuminurie;

2° Le rhumatisme;

3° L'action réflexe;

L'auteur enfin signale les paralysies qui s'accompagnent de contracture des extrémités. Ces cas surviennent surtout pendant la lactation, c'est-à-dire dans la période qui suit immédiatement l'état puerpéral. Ces contractures n'existeraient pourtant pas seulement dans les cas de paralysies des nourrices, mais on les rencontrerait aussi quelquefois chez les femmes enceintes et rarement accouchées.

Paralysies des sens.

Celles-ci ont une cause presque unique, l'albuminurie; mais on trouve quelques observations où ces troubles des sens spéciaux se sont produits sans que l'on ait pu constater la présence de l'albumine dans les urines, ainsi dans l'hystérie, l'anémie, un état général grave.

Ces paralysies sont rarement isolées et tantôt elles s'accompagnent d'autres paralysies des sens spéciaux, tantôt elles coïncident avec d'autres paralysies. Que ces paralysies portent sur la face ou sur les membres, elles présentent dans l'état puerpéral une importance capitale, car elles ne sont souvent que le début de l'éclampsie dont elles constituent un des prodromes les plus importants.

La plus fréquente de toutes est celle qui porte sur l'organe de la vue. Vient ensuite la paralysie de l'ouïe qui presque toujours coïncide avec les troubles de l'organe visuel. Il est cependant des cas où l'albuminurie fait défaut, et alors on peut admettre que la surdité fera partie de ces troubles nerveux

sympathiques qu'on observe si fréquemment et en si grand nombre dans le cours de la gestation.

Resteraient des paralysies de l'olfaction, du goût et de la voix. Mais les observations au nombre de deux (Capuron, Prestat, Liegey) sont discutables.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe des paralysies puerpérales, et elles peuvent se ranger sous deux chefs principaux.

1° Paralysies par lésion organique ;

2° Paralysies par action réflexe.

Les paralysies par lésion organique peuvent se subdiviser en deux grandes classes.

1° Les lésions organiques primitives : congestions, hémorrhagies, méningites, lésions des enveloppes osseuses, soit cérébrales, soit rachidiennes.

2° Les lésions organiques secondaires ou consécutives (congestions, hémorrhagies, méningites) à des affections du cœur des thromboses cérébrales, albuminurie, affections utérines et compressions nerveuses.

2° Les paralysies réflexes ou dues à une irritation périphérique.

1872. — De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques.

(Thèse de concours d'agrégation.)

L'auteur dans ce mémoire qui lui avait été imposé par le sort lors du concours de l'agrégation en 1872, commence par constater que tout traitement doit être basé sur la nature de la maladie et que malheureusement dans l'éclampsie on est loin d'être fixé à cet égard. Tandis que certains auteurs ad-

mettent une pléthore cérébrale ou médnllaire comme cause primordiale, d'autres admettent l'anémie; tandis que les nns veulent voir là une lésion purement nerveuse, d'autres y voient des manifestations morbides survenant sous l'influence d'une altération du sang. Mais on n'est pas même d'accord sur la nature de cette altération; et les théories de l'urémie, de l'ammoniémie, de l'urinémie comptent chacnne pour partisans les plus grands noms des pathologistes. Un grand fait domine cependant, sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que le sang de la femme enceinte présente des altérations spéciales, et que comme l'a très bien fait observer M. le professeur Robin, chez elles, l'hématose est incomplète, et d'autant plus que la grossesse est à une période plus avancée, et que l'utérus vient à prendre un plus grand développement, et s'applique davantage sur la partie sous-diaphragmatique des gros troncs vasculaires.

« Ce défaut d'hématose entraine une fluidité excessive du sang et le relâchement des tissus. La fluidité plus prononcée, la tonicité diminuée, les changements produits dans les sécrétions, permettent à l'albumine de s'infiltrer, de passer en nature dans les urines; l'albumine sortant en nature appauvrit davantage le sang, le rend plus fluide encore et l'on voit survenir l'œdème et les infiltrations générales.

Les maladies nerveuses naissent avec cet état anormal du sang, se dissipent avec lui comme si elles résultaient d'une pénétration plus abondante, plus profonde de la substance nerveuse par un sang oxygéné et partant propre à entretenir la vitalité et à exciter les contractions.

L'éclampsie n'aurait donc plus en général qu'une cause prédisposante, la fluidité extrême du sang déterminée par une altération de l'hématose portée en général au point de pro-

duire l'albuminurie, augmentée par l'albuminurie, et surtout quand elle s'accompagne d'une sorte de pléthore séreuse, amenant avec facilité la congestion, l'infiltration des nerfs ou de leur enveloppe. »

A côté de cette théorie de Robin, il est d'autres auteurs qui admettent un véritable empoisonnement du sang, conséquence de l'hyperémie des reins, intoxication produite surtout par la présence du carbonate d'ammoniaque et peut-être aussi des matières extractives de l'urine.

Enfin, pour d'autres auteurs, la maladie serait due à la maladie de Bright, à une irritation particulière du système nerveux et à une action réflexe, à l'hyperémie, à l'anémie des centres nerveux, à une altération de nutrition des centres nerveux, à des épanchements à la surface et dans les cavités de l'encéphale, à un œdème de la surface du cerveau.

Chacune de ces théories, on le comprend, à influé sur la direction que les auteurs ont imprimée à leur traitement.

L'auteur a donc dû se borner à recueillir de nombreuses observations et à dresser des tableaux représentant chacun une méthode de traitement, chaque tableau étant subdivisé lui-même en trois parties.

La première comprend les cas ou l'action du médicament a été nulle ou impossible à préciser d'une façon exacte.

La deuxième comprend les cas où la maladie n'a pas été enrayée et a continué sa marche en s'aggravant, sans que l'agent thérapeutique ait agi.

La troisième comprend les cas où la maladie a diminué ou cessé tout à fait.

La première méthode consiste dans le traitement antiphlogistique.

C'est de beaucoup la méthode la plus ancienne, mais il faut déjà la subdiviser en traitement antiphlogistique général, traitement antiphlogistique local.

Traitement antiphlogistique général. — Saignée.

Saignées copieuses et multipliées de Depaul. Saignée modérée de Pajot et encore avec une certaine hésitation.

Or si l'on se rapporte aux tableaux, on voit que par les saignées modérées, la mortalité a été pour 24 guérisons, 58 morts = 41,3 0/0.

Par les saignées abondantes et répétées, 13 guérisons, 24 morts = 54 0/0. Si l'on réunit les deux chiffres indépendamment des méthodes, et au point de vue de la saignée et des émissions sanguines en général, on obtient 37 guérisons, 82 morts = 45 0/0 de mortalité.

Examinant ensuite l'influence qu'a la saignée sur les accès pris isolément.

L'auteur constate que le plus ordinairement le pouls éprouve des modifications notables. C'est ainsi qu'on le voit se relever, devenir moins fréquent, plus perceptible au doigt et c'est là un des premiers et des plus évidents effets de la saignée. Mais il en est un autre qu'il est important de constater, quoiqu'il ne soit pas constant : c'est que la saignée amène presque toujours un certain éloignement des accès ; cela est évident pour quelques-unes de nos observations personnelles.

Comparant ensuite les résultats du tableau précédent qui

représentent les faits de la clinique avec 297 observations recueillies dans différentes publications et 53 cas de la Maternité, l'auteur arrive aux chiffres suivants :

Clinique.....	45 %	Saignées simples,	41,3 %.	Saignées répétées,	54	%
Observations	26,6 %.	— —	30,6 %.	— —	21,6	%
Maternité...	34,7 %.	— —	36,3 %.	— —	33,3	%

A côté de la grande méthode des émissions sanguines, l'auteur étudie différents moyens qui tous ont paru agir dans quelques cas, mais qui pris isolément n'ont pas une action suffisante ou assez nettement déterminée pour que l'on puisse s'en rapporter à eux seuls.

Les purgatifs (salins, huile de croton, calomel, jalap, ipéca, émétique).

Enfin la méthode mixte, émétique associé à la saignée, à l'opium et au calomel.

Mortalité générale 24 0/0.

Rejetant les révulsifs et passant successivement en revue une foule de médicaments, l'auteur passe à l'étude des anesthésiques.

ANESTHÉSIQUES.

Ether. — Chloroforme. — Chloral.

Sur 80 cas, le chloroforme a été employé 63 fois.
— l'éther. . . . . 14 fois.
— le chloral. . . . . 7 fois.

Sur les 63 cas où le chloroforme a été employé, l'auteur signale les résultats suivants.

Cas où l'influence a été nulle ou impossible à préciser, 8 cas.

Cas où la maladie a continué sa marche ascendante, 6 cas.
Cas où il y a eu diminution ou cessation des accès, 49 cas.
Chiffre de la mortalité 11 0/0.

A la Maternité les résultats sont infiniment moins satisfaisants car la mortalité est de 50 0/0.

L'éther donne comme mortalité 40 0/0.

Le chloral, enfin dont l'auteur n'a pu alors recueillir que 7 observations, a donné 7 guérisons.

Mortalité générale par les anesthésiques 17,8 0/0.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL.

La prompte évacuation de l'utérus est. dit l'anteur, le point le plus important du traitement de l'éclampsie, et la natnre semble nous indiquer elle-même ce mode de procéder, car la marche de la grossesse est souvent interrompue spontanément dans la maladie de Bright aiguë, et il est assez rare que dans ces cas, les couches aient une terminaison fatale.

Mais il existe dans la science un si grand nombre de cas où les accès ont persisté après la délivrance, que cette opinion a été combattue depuis, et que Dubois lui-même après avoir pendant nombre d'années cherché à déterminer l'accouchement le plus vite possible, y avait complètement renoncé dans les dernières années de sa pratique, excepté dans les cas ou on peut le faire sans violence.

De ses tableaux résultent les chiffres suivants :

Sur 133 observations à la Clinique :

Accouchement spontané......	Mortalité 37,3 0/0.
Forceps.....................	Mortalité 43 0/0.
Version.....................	Mortalité 33,3 0/0.

Sur 54 cas à la Maternité :

Rupture spontanée des membranes.	Mortalité	31,6 0/0.
Rupture artificielle des membranes.	—	46,6 0/0.
Accouchement spontané.	—	52,3 0/0.
Forceps.	—	31,8 0/0.
Version.	—	x

Mortalité générale.

Accouchement spontané.	26,1 0/0.
Forceps.	27,6 0/0.
Version.	35 0/0.

L'auteur n'a pu dans sa thèse discuter plus intimement la question, mais combien d'objections à la méthode obstétricale.

1° Les cas de persistance des accès après la délivrance, et ceux où l'éclampsie n'a paru qu'après l'expulsion du fœtus et des annexes ; 2° la rapidité de l'évolution de la maladie comparée à la lenteur avec laquelle se produit l'accouchement provoqué.

Non qu'il soit opposé à l'intervention, mais il la comprend comme Dubois, Pajot, Depaul et les auteurs français : laisser la nature faire seule les frais de l'accouchement, sans avoir recours à l'accouchement provoqué, et intervenir par le forceps ou la version aussitôt que la dilatation du col est complète, c'est-à-dire lorsque les conditions sont favorables à la terminaison sans violence de l'accouchement.

Quant au traitement préventif, l'auteur n'en dit que quelques mots, car il ne rentrait pas dans le sujet a lui imposé par les juges du concours d'agrégation.

Quant aux conclusions, l'auteur, en présence de la multiplicité des observations et des résultats si différents obtenus par les différents auteurs, s'est bien gardé d'en tirer et il croit avec Stoltz qu'en présence d'une affection si grave on est en droit de tout essayer. Pourtant les résultats obtenus, depuis la publication de sa thèse, avec le chloral semblent indiquer la voie dans laquelle on doit marcher, lorsque l'on n'a pas eu recours au traitement préventif préconisé depuis par M. Tarnier (le régime lacté absolu), qui a donné à l'auteur lui-même, dans la majorité des cas où l'albuminurie avait été constatée pendant la grossesse, des résultats vraiment merveilleux.

1874. — Leçons sur les hémorrhagies puerpérales.

En 1874 la Faculté créait des cours complémentaires faits le soir par les agrégés qui en quelques leçons, huit en général, devaient traiter devant les élèves certains sujets limités et laissés à leur libre disposition. L'auteur choisit les hémorrhagies puerpérales et ce mémoire est l'exposé de ces leçons.

Définissant d'abord ce que l'on doit entendre par hémorrhagies puerpérales, l'auteur comprend sous ce titre toutes les pertes de sang qui se produisent depuis le moment de la dernière époque parue jusqu'au retour de couches.

Il divise son sujet en quatre grandes catégories.

1° Hémorrhagies des six premiers mois de la grossesse.

2° Hémorrhagies des trois derniers mois de la grossesse et qui se produisent pendant le travail de l'accouchement.

3° Hémorrhagies de la délivrance.

4° Hémorrhagies secondaires.

L'auteur passe alors successivement en revue les causes des hémorrhagies des six derniers mois, et, montrant que cette

hémorrhagie se lie presque d'une façon intime à l'avortement, il en étudie les symptômes, le diagnostic et le traitement, qu'il divise en traitement préventif, curatif et palliatif.

Passant ensuite aux hémorrhagies des trois derniers mois de la grossesse et du travail, l'auteur étudie d'une façon toute spéciale l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, les théories diverses émises par les auteurs français et étrangers, et arrive à la question du traitement qu'il développe d'une façon toute particulière.

Rejetant l'accouchement forcé qu'il regarde comme une dernière ressource, alors que tous les autres moyens ont échoué, mais ressource aussi précaire que dangereuse, il discute la méthode de Puzos (rupture des membranes) et arrive ainsi au *tamponnement*. C'est pour lui le moyen par excellence dans les hémorrhagies par insertion vicieuse, et il y a consacré plusieurs pages.

Rappelant que c'est à Leroux, de Dijon, qu'il faut rapporter la généralisation de ce moyen, il constate que c'est le moyen adopté par tous les accoucheurs en France et que s'il est jugé moins favorablement à l'étranger cela tient à la façon dont il est employé. L'auteur examine successivement les différents tampons et donne la préférence au tampon de charpie fait de bourdonnets isolés, il montre la quantité énorme de charpie qu'il faut employer pour faire un bon tampon et ajoute :

Pour que le tampon agisse il faut qu'il séjourne dans le vagin pendant au moins 12 ou 24 heures ; or, c'est là le grand échec des praticiens qui toujours trop pressés de constater les effets obtenus, se hâtent de retirer le tampon et en perdent ainsi tout le bénéfice.

Combattant les objections faites au tampon par ses adver-

saires, et montrant au contraire tous les avantages qu'on en peut retirer, l'auteur montre ensuite que deux méthodes d'application du tampon règnent aujourd'hui dans la science, soutenues chacune par un des professeurs de la Faculté.

La première, adoptée par M. Depaul, consiste à appliquer le tampon, à le laisser en place pendant 12, 24, 36 heures, suivant les cas. Au bout de ce temps on retire le tampon, qu'il y ait ou non commencement de travail. Si le sang ne coule plus, on ne remet pas le tampon, mais la malade est soumise à une surveillance de tous les instants, exercée par un aide expérimenté, qui a sous la main un autre tampon tout préparé pour le réappliquer immédiatement en cas de besoin.

Si au contraire le travail est commencé mais la dilatation très minime, on réapplique le tampon et on administre un peu de seigle ergoté. Sous l'influence de ces deux moyens, le travail s'accentue un peu, les contractions utérines se prononcent, se rapprochent ; la dilatation augmente et alors au bout de 8, 10, 12 heures, M. Depaul rompt les membranes après avoir retiré le tampon. Sous l'influence de ces moyens, le plus habituellement le travail continue sans hémorrhagie ou avec une hémorrhagie insignifiante, et alors M. Depaul, aussitôt que la dilatation le permet, pratique l'extraction de l'enfant, soit à l'aide du forceps, soit à l'aide de la version suivant les cas.

L'extraction du délivre se fait immédiatement après l'accouchement.

Ce procédé permet d'intervenir dans tous les cas, quelle que soit la présentation de l'enfant.

La deuxième méthode est défendue par MM. Pajot, Bailly, Weil, Bailly surtout.

Elle consiste à pratiquer le tamponnement d'abord, puis, au lieu de retirer le tampon lorsque l'on suppose la dilatation

snffisante ou complète, non seulement à le laisser en place, mais à s'opposer à son expulsion rapide en le faisant rentrer dans l'intervalle des douleurs et en le soutenant avec la main pendant la douleur. Puis, lorsqu'une partie du tampon assez considérable pour faire prévoir la fin prochaine du travail a été ainsi expulsée, administrer 1 ou 2 grammes de seigle ergoté ponr aider anx contractions de la matrice et assurer le retrait de la matrice après l'issue de l'enfant. La femme accouche donc seule et de son enfant et du tampon.

L'extraction du délivre se fait dans le délai habituel si la femme ne perd pas. Si au contraire une nouvelle hémorrhagie se produisait on extrait le délivre.

L'auteur montre que la méthode de Pajot et Bailly, si elle sauve peut-être plus de mères, sacrifie presque sûrement l'enfant, que de plus elle exige une présentation normale et l'absence de complications. Or précisément les insertions vicieuses prédisposent aux présentations vicieuses et sont quelquefois accompagnées de procidences d'un membre ou de rétrécissement du bassin. Les contractions utérines sont souvent faibles, irrégulières. L'auteur fait donc ses réserves, et considère la méthode de Pajot et Bailly comme nne méthode pour ainsi dire d'exception.

L'auteur donne ensuite la conduite à tenir suivant que l'insertion est marginale ou centrale, et constate la gravité de la maladie, en rapportant les statistiques de la clinique et de M. Bailly.

Etudiant ensuite les autres méthodes, l'auteur dit quelques mots de la méthode de Chassagny, puis il arrive à la méthode de Simpson, le décollement du placenta. Rapportant les faits de Radfort, Simpson, il montre que ces statistiques pèchent par la

base, car elles comportent des cas très divers et qui ne peuvent se comparer les uns aux autres; il cite en quelques lignes les procédés de Cohen, de Bunsen et arrive à la méthode de Barnes.

Cette méthode, basée sur une théorie propre à l'auteur, consiste à rompre les membranes, à comprimer le ventre sans tampon, et à décoller le placenta dans toute la portion fixée à ce que Barnes appelle la zone placentaire; à donner du seigle, à pratiquer la dilatation artificielle à l'aide des appareils de Barnes, et à extraire l'enfant par ce que l'auteur appelle la version *bipolaire*.

L'auteur passe ensuite à l'étude des pertes internes, des ruptures utérines, du vagin, et arrive aux hémorrhagies de la délivrance.

Montrant les inconvénients de la méthode dite de Credé (l'expression utérine), l'auteur constate que ces hémorrhagies sont dues à une cause presque unique : l'inertie utérine; il en discute les causes, les signes, le traitement, traite en passant de la rétention du placenta en totalité ou en partie, et montre que les indications se résument en ceci :

1° Débarrasser l'utérus du délivre et des caillots.

2° Réveiller la contractilité utérine.

3° S'opposer à l'afflux du sang vers l'utérus et à son extravasation dans la cavité.

4° A combattre les effets immédiats et consécutifs de l'hémorrhagie.

L'auteur montre ensuite que l'inertie utérine est à répétition et il étudie ce que l'on a appelé l'inertie secondaire, et les hémorrhagies qui en sont la conséquence; il montre que dans ces cas la maladie est la même que dans le cas précé-

dent et qu'elle n'en est que la répétition, le traitement doit donc être le même.

Il y ajoute la compression de l'aorte dont il constate les bons effets sans se laisser arrêter par les idées théoriques.

L'auteur examine ensuite les autres causes d'hémorrhagie, rupture de varices, de trombus, les tumeurs fibreuses, cancer, l'inversion utérine, et il termine son mémoire par les hémorrhagies qui surviennent dans les jours qui suivent l'accouchement, montrant que la plupart tiennent à ce que l'on a laissé dans l'utérus partie du délivre ou des membranes, et enfin par ces hémorrhagies qui tiennent à une excitation particulière du sens génital chez certaines femmes que la présence prématurée du mari dans le lit conjugal suffit pour impressionner d'une façon exagérée.

Arrivant enfin au retour de couches, l'auteur montre les variétés infinies qu'il peut présenter chez les différentes femmes au point de vue de l'époque de son apparition, de son intensité, qui dépasse quelquefois les limites ordinaires et montre que dans ces cas l'intervention est assez souvent nécessaire.

1874. — OBSERVATION DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE PÉRITONÉALE AYANT DURÉ ENVIRON TREIZE MOIS ; EXTRACTION DE L'ENFANT PAR LA PAROI ABDOMINALE OUVERTE PAR LE CAUSTIQUE DE VIENNE ; MORT PAR LE CHOLÉRA ; AUTOPSIE.

(Observation recueillie en 1866, pendant le clinicat, hôpital des Cliniques, publiée dans le mémoire de M. Depaul. Arch. de Tocologie, t. I, 1874.)

1874. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DE PRÈS DE SEPT MOIS PRISE POUR UNE RÉTROVERSION UTÉRINE COMPLIQUANT UNE GROSSESSE NORMALE OU POUR UN DÉVELOPPEMENT SACCIFORME DE LA PAROI POSTÉRIEURE DE L'UTÉRUS.

(Observation recueillie dans le service du professeur Dolbeau, publiée dans le mémoire de Depaul sur les grossesses péritonéales. Archives de Tocologie, 1874).

1874.— OBSERVATION DE TUMEUR DE LA RÉGION SACRO-COCCYGIENNE PRISE POUR UNE GROSSESSE GÉMELLAIRE ; PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE.

(Observation personnelle recueillie en ville avec M. le Dr Bourgeois, publiée dans les Archives de Tocologie, mémoire du Dr de Soyre, 1874.)

1875. — OBSERVATION D'OBLITÉRATION COMPLÈTE DU COL, SUIVIE DE RÉFLEXIONS.

(Archives de Tocologie, 1875.)

1876. — RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN CHEZ UNE FEMME D'UNE TAILLE DE 1m,15. PHOCOMÉLIE ; BASSIN DE 5c1/2 APRÈS DÉDUCTION ; ACCOUCHEMENT A 6 MOIS 1/2, APRÈS DES TRACTIONS MODÉRÉES AVEC FORCEPS, D'UN ENFANT VIVANT DU POIDS DE 1,520 GR.; GUÉRISON DE LA MÈRE; MORT DE L'ENFANT AU BOUT DE QUELQUES HEURES.

(Archives de Tocologie, 1876.)

1875. — Manuel d'accouchements comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches.

(Par Carl. Schrœder, traduit et annoté par le Dr Charpentier.)

Ce livre classique par excellence en Allemagne où il en est à sa 5e édition a permis à l'auteur de mettre les lecteurs français au courant de la science obstétricale allemande. Très riche en faits nouveaux, très au courant de la littérature allemande et anglaise, il pèche surtout par la connaissance de la littérature française laissée volontairement ou non dans l'ombre. Dans les nombreuses notes ajoutées aux 780 pages qui composent l'ouvrage original, l'auteur s'est efforcé de combler cette lacune et de montrer la juste part qui revenait aux auteurs français dans les progrès réalisés jusqu'à nos jours par l'obstétrique. Disséminées dans l'ouvrage, ces notes complètent l'œuvre de Schrœder et ajoutent, l'auteur l'espère du moins, à l'intérêt déjà si grand par lui-même du livre original. Des planches nouvelles ont été ajoutées aussi à l'œuvre primitive, et cet ouvrage, qui est intitulé simplement Manuel, est un des traités d'accouchements les plus intéressants à consulter. Tantôt acceptant, tantôt combattant les idées de Schrœder, l'auteur tout en montrant la part qui revenait à l'école obstétricale française, s'est, du reste, attaché surtout à l'interprétation fidèle du texte, ne voulant pas s'exposer à des erreurs qui auraient pu lui être reprochées plus tard.

Le livre est divisé en 8 chapitres suivis d'un appendice.

Dans le premier chapitre qui comprend l'introduction et l'étude du bassin osseux ou revêtu des parties molles, Schrœder s'est borné à l'étude du Bassin au point de vue purement obstétrical, supposant que les lecteurs sont au courant des

questions anatomiques générales, et se bornant à faire acte d'accoucheur. La première note du traducteur est consacrée à réparer un oubli de Schrœder qui a négligé de citer le travail de Danyau (trad. du bassin oblique ovalaire de Naegele); à propos de l'inclinaison et des axes du bassin, il a rappelé le travail de Pajot et Dubois (Traité d'acc., 1re livraison). Ce qui fait la partie vraiment originale de ce chapitre, c'est le paragraphe intitulé Bassin des nouveaux-nés, sa transformation, et Bassin à terme.

Schrœder étudie simplement les 3 facteurs qui, selon lui, agissent sur les modifications de forme du bassin.

1° La pression du poids du tronc.

2° La traction que chaque os iliaque exerce sur l'autre, dans la symphyse qui est fermée.

3° La contre-pression latérale du fémur.

Il montre que suivant la prédominance d'action de l'un ou l'autre de ces facteurs ou de la combinaison de deux d'entre eux, on obtient les différentes formes de viciation du bassin; tandis que si les 3 facteurs ont leur plénitude d'action, il en résulte la formation du bassin normal.

Dans une note, le traducteur montre que le revêtement que fournissent au bassin les parties molles modifie, la forme du détroit supérieur d'une façon toute spéciale, qu'il en est de même de l'inclinaison du plan du détroit supérieur; et que le défaut de proportion qui existe entre la tête et le bassin par suite du mode d'engagement et de la réductibilité de la tête fœtale, est à l'état normal plus apparent que réel.

Le deuxième chapitre est consacré à la physiologie de la grossesse.

Le premier paragraphe comprend l'étude de l'œuf et de son développement. Le traducteur complète cette étude par

la description de l'ovaire et de l'ovule, laissée trop dans l'ombre par Schrœder, étudie avec soin la formation des corps jaunes, et montre que quelle que soit l'autorité do Longet le problème de la détermination du lieu où s'opère la fécondation, n'est pas encore absolument résolu, et qu'il existe encore des lacunes à cet égard.

Vient ensuite l'étude des membranes, et le traducteur montre et répare l'oubli incroyable de Schrœder, à propos des travaux de M. le professeur Robin, sur la caduque, le chorion, et termine par une analyse des travaux récents sur la structure du placenta.

L'étude du fœtus à terme, de la présentation de la position et de l'attitude du fœtus sont étudiées avec grand soin ainsi que les théories qui règnent sur les causes des présentations du fœtus, il cite les expériences de Veit, mais en se gardant bien de citer celles bien antérieures de P. Dubois.

Etudiant ensuite les grossesses dites multiples (note du traducteur), l'auteur discute la superfécondation, la superfétation et tend à l'admettre. Le traducteur complète ce chapitre par l'analyse du travail de M. le docteur Ganahl, sur la superfétation.

Le deuxième paragraphe concerne les modifications que la grossesse amène dans l'organisme maternel et dans l'ensemble de l'organisme.

Parties génitales et annexes, sont successivement passées en revue, mais pas un mot des belles recherches de Rouget, Helie (de Nantes), de Sappey. Le traducteur comble cette lacune.

Le troisième chapitre comprend le *Diagnostic* de la grossesse.

Etude des modes d'exploration obstétricale.

Exploration externe, interne. Exploration combinée.

Le traducteur montre l'importance du travail de Depaul sur l'auscultation omis par l'auteur.

Quant au diagnostic de la grossesse, le traducteur, aveo Pajot, montre que les fausses grossesses n'existent pas ; ce ne sont que des erreurs de diagnostic qui peuvent se diviser en trois grandes classes :

1° Affirmation de la grossesse quand elle n'existe pas ;

2° Négation de la grossesse quand elle existe ;

3° Confusion d'une espèce de grossesse avec une autre.

Le traducteur montre ensuite que les modifications du col ont été surtout étudiées par Stoltz (omission de l'auteur), il signale le ballottement avec les deux variétés admises par Depaul et Pajot.

Le troisième chapitre comprend la Physiologie et l'Accouchement.

Etude des présentations et des positions. — Le traducteur signale la loi posée par M. Pajot, de l'identité dn mécanisme de l'accouchement pris d'une façon générale. « Il n'y a réellement qu'un seul mécanisme de l'accouchement, quelles que soient la présentation et la position, pourvu que l'expulsion s'exécute spontanément, c'est-à-dire sans l'intervention de l'art, et se fasse à terme, les avortements ne donnant pas lien à des expulsions régulières.

Diagnostic des présentations. — Palper abdominal. Auscultation. Toucher (Note du traducteur. Modifications du col. Effacement. Dilatation. Bosse sanguine).

Mécanisme de l'accouchement. — Schrœder étudie successivement les contractions utérines, ot l'innervation de l'utérus avoc ses conséquonces physiologiques. L'action des forces expulsives et les recherches de Schatz sur la mensuration de

la force utérine, puis il étudie le mécanisme suivant les diverses présentations.

A propos des présentations du sommet, il signale les mutations de présentation et de position, montrant qu'elles peuvent exister jusqu'au moment de l'accouchement; il constate les déformations particulières de la tête fœtale, mais le traducteur est obligé de revendiquer, pour P. Dubois, l'étude vraie du mécanisme de l'accouchement que Schrœder a passé sous silence.

A propos des présentations de la face, le traducteur signale un moyen de diagnostic résultant du désaccord qui existe entre le palper et l'auscultation, combat l'opinion de Schrœder, qui veut que les présentations du front soient les plus défavorables, et montre que c'est aux travaux de Chevreul et à M. Lachapelle, qu'ost due la réaction contre l'intervention dans les présentations de la face.

A propos de la délivrance, le traducteur discute et rejette l méthode d'expression dite à tort de Credé.

Le dernier paragraphe est consacré par le traducteur à la discussion de l'anesthésie appliquée à l'obstétrique.

Physiologie des suites de couches.

Note du traducteur sur la rétention d'urine qui suit si souvent l'accouchement. — Discussion de l'opinion de Schrœder, de Mattei. — Opinion personnelle du traducteur. — Étude des modifications de la muqueuse utérine après l'accouchement (Robin). — Du retrait de l'utérus après l'accouchement. — Des tranchées, des lochies, de la fièvre de l'ait. — Etudes sur la chute du cordon et la rétraction des vaisseaux ombilicaux. — Robin, Tarnier, Témoin.

Opérations obstétricales.

Le traducteur discute l'*avortement provoqué*, les indications et le procédé opératoire, la méthode de Kristiller qu'il rejette comme il a rejeté la méthode de Crédé, et arrivant au forceps, montre que les limites que Schrœder donne à l'emploi de cet admirable instrument sont beaucoup trop restreintes ; qu'il n'y a pas de règles absolues pour le choix et l'introduction de la première branche (Stolz) et que la rotation artificielle de la tête qui doit toujours être tentée, est soumise à des règles spéciales bien posées par Bailly ; que la méthode de Pajot pour extraire la tête l'occiput en arrière doit être réservée pour les cas où la rotation artificielle a échoué; et qu'elle aussi est soumise à des règles fixes et exige un manuel opératoire tout spécial.

Etudiant les applications du forceps dans les présentations de la face, il montre la difficulté, mais la nécessité de ramener le menton en avant, et signale les paralysies faciales et les paralysies qui peuvent atteindre différents organes du corps de l'enfant, et en particulier les membres (Thèse de Nadaud, 1872). Puis à ce propos il signale les lésions ordinaires que détermine le forceps et les paralysies purpérales traumatiques. Enfin il discute en quelques mots la méthode des tractions mécaniques (Chassagny, Joulin) signalant les essais et expériences de Tarnier et Saint-Germain sur l'emploi des moufles appliqués à l'extraction du fœtus.

Extraction par les pieds (ou par l'un des deux).

L'auteur après un historique détaillé de l'extraction avec un seul ou les deux pieds, pose les conditions qui permettent

de tenter l'extraction et les indications de cette opération. Passant au manuel opératoire, il étudie la manœuvre de Smellie à laquelle il associe le nom de Veirt ;la manœuvre dite à tort de Prague pour extraire la tête dans le cas où il y a des difficultés et montre les dangers de cette méthode : il la combine avec la pression de Kristiller, et arrive à la version.

Version.

Version céphalique. — Historique, dans lequel il oublie complètement de parler des auteurs français (Flamant, Nivert, Mattei, etc.), et il étudie successivement la version céphalique par la seule position de la femme, la version par manœuvres externes seules et la version par manœuvres internes et externes combinées. Il passe en revue les divers procédés de Braxton Hick, de Busch et d'Outrepont. Le traducteur discute alors tous ces divers procédés et montre que l'école française est absolument opposée aux idées allemandes, que préférant le forceps à la version dans les rétrécissements du bassin, c'est précisément dans les cas où Schrœder la repousse qu'elle admet la version céphalique, c'est-à-dire dans les cas où avec un rétrécissemont du bassin il existe une présentation transversale.

Version podalique. — Historique. Indications.

Le traducteur repousse l'opinion de Schrœder qui se montre partisan de la version hâtive, et pose en principe qu'on ne doit jamais à moins de *nécessité absolue* tenter la version podalique avant que le col soit *dilaté ou dilatable.* Il rejette comme dans la version céphaliqne et d'une façon encore plus absolue la méthode de Braxton Hick, car, si elle réussit, la version podalique faite comme d'habitude aurait

réussi tout aussi bien et aurait donné beaucoup moins de peine; si au contraire elle échoue, elle rend la version podalique beaucoup plus dangereuse et difficile, et les tentatives inutiles auxquelles on se sera livré pour l'éviter n'auront eu qu'un résultat, celui de mettre la mère et l'enfant dans des conditions beaucoup plus défavorables et pour le présent et pour l'avenir.

A propos du choix de la main, il redresse une erreur de l'auteur allemand et montre qu'il n'a pas l'importance qu'on lui accorde.

Crâniotomie. — Céphlotripsie.

Le traducteur signale la céphalotripsie répétée sans tractions du professeur Pajot, laissée de côté par Schrœder, et montre pour les rétrécissements modérés l'avantage du céphalotribe de Bailly.

Embryotomie.

Le traducteur est d'un avis diamétralement opposé à Schrœder qui serait disposé à attendre l'évolution spontanée, et il cite le procédé à la ficelle de Pajot non signalé par Schrœder.

Pathologie et traitement de la grossesse.

1° Maladies des femmes enceintes.

α. Maladies causées par les modifications qui se produisent dans l'ensemble de l'organisme.

β. Maladies aiguës ou chroniques pendant la grossesse.

κ. Anomalies des organes de la génération.

Vices de conformation. Modifications de situation. Rétroflexion (rétroversion des auteurs français). Prolapsus. Hernies.

Déchirures et ruptures. Inflammation. Endométrites. Hydrorrhée. Fibromes. Carcinomes. Tumeurs de voisinage. Anomalies du vagin, des mamelles.

2° Maladies de l'œuf.

Grossesse extra-utérine. Anomalies des membranes. Myxomes. Anomalies du placenta. Placentite.

Le traducteur montre que Schrœder a passé à peu près complètement sous silence la dégénérescence fibro-graisseuse du placenta; il renvoie à sa thèse de concours, 1869, et au mémoire de Cauwenberghe, 1871, Bruxelles.

Hydramnios. Anomalies du cordon, faits très intéressants de scissures et d'amputation spontanée par circulaires trop serrés.

Anomalies dans la durée de la grossesse.

Avortement. Polypes placentaires. Hémorrhagies. Mort du fœtus pendant la grossesse.

Le traducteur complète le chapitre de Schrœder par l'étude détaillée des altérations dn fœtus retenu après sa mort dans le sein maternel.

Pathologie et traitement de l'accouchement.

Anomalies des forces expulsives.

Anomalies des voies maternelles de l'accouchement.

Parties molles. — Vices de développement du canal génital. Occlusion et rétrécissement de l'utérus, du vagin, de la vulve. Déplacements de l'utérus. Fibromes. Carcinomes. Tumeurs du vagin, de la vulve, des organes de voisinage.

Le traducteur donne les conclusions de la thèso de Doumairon, Strasbourg, 1868, Etude des kystes ovariques compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Vices de conformation du bassin.

Etude très complète, mais subdivisions trop multipliées.

Le traducteur empruntant à l'article Bassin du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Depaul) les points principaux, signale la luxation congénitale unilatérale des fémurs (thèse de Guéniot, 1869), étudie avec l'auteur la marche de l'avortement dans les bassins viciés et le mode d'intervention, montre que, tandis qu'à l'étranger on donne la préférence à la version, en France on s'accorde à employer le forceps. Il discute le mémoire de Joulin (forceps et version dans les rétrécissements du bassin, 1865, mémoire couronné par l'Académie), et termine sa longue note par les indications qu'entraînent ces rétrécissements, adoptant complètement les idées de Dubois, de Depaul et de Pajot.

Etudiant ensuite les anomalies rares, il cite et analyse la thèse de Didier, de Nancy (Cyphose angulaire sacro-vertébrale) et parle de la spondylolisthésis et du pelvis obtecta (voir depuis le mémoire de Hergott, spondylizème et spondylolisthésis, Arch. tocol.).

Anomalies de l'œuf.

Développement exagéré du fœtus. Monstruosités doubles. Acardiaques. Hydrocéphalie. Développement exagéré de l'abdomen.

Présentations vicieuses.

Le traducteur consacre une longue note à l'étude de la version et de l'évolution spontanée.

Anomalies des annexes du fœtus.

Compression du cordon. Procidence.

Déchirures de l'utérus. — Le traducteur signale la thèse si importante de Jolly dont il donne l'analyse, et arrivant aux ruptures du périnée étudie brièvement les ruptures centrales dont il cite deux cas observés par lui.

Hémorrhagies.

Insertion vicieuse du placenta. — Longue note à propos du tampon, empruntée au mémoire sur les hémorrhagies puerpérales.

Hémorrhagies de la délivrance. — Inversion utérine. Eclampsie.

Le traducteur renvoie à sa thèse de concours, 1872. De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques.

Pathologie et traitement des suites de couches.

Etude très intéressante de la fièvre puerpérale. Idées originales de l'auteur. Chapitre fort instructif.

Hémorrhagies des suites de couches.

Note du traducteur sur la compression de l'aorte.

Folie puerpérale.

Note du traducteur, thèse de Marcé.

1875. — DES LÉSIONS DU FŒTUS A LA SUITE DE L'EXTRACTION DANS LES PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE, SOIT PRIMITIVE, SOIT CONSÉCUTIVE A LA VERSION, AVEC UN COURT APERÇU DES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten. Stuttgard, 1875.)
(Traduit et publié, *Bulletin de thérapeutique*, 1875.)

Mémoire extrêmement intéressant, dans lequel l'auteur, dans un cours historique signale la rareté des observations tant au point de vue exclusivement clinique, qu'au point de vue médico-légal, et après avoir rappelé que parmi les auteurs les uns considèrent l'extraction comme inoffensive, les autres comme capable de déterminer des lésions fœtales, montre que ces lésions existent réellement et malheureusement trop souvent; qu'elles consistent en épanchements sanguins dans la région cervicale, hémorrhagies dans les muscles, le tissu cellulaire qui les entoure, et qui peuvent même, quoique très rarement, conduire à la déchirure de ces muscles. C'est surtout le muscle sterno-cléido-mastoïdien qui présente les lésions les plus prononcées. Il cite même deux cas où cette lésion s'est produite par les seuls efforts de la matrice dans une présentation céphalique.

Sur 64 cas d'extraction, il a observé 18 fois ces lésions musculaires.

A côté de ces épanchements dans les muscles du cou, l'auteur signale : l'épanchement sanguin dans d'autres organes et en particulier dans les cavités du corps (cavité abdominale, au-dessous de la capsule du foie, des reins, déchirure des sinus crâniens, épanchements rétro-pleuraux le long de la colonne vertébrale, épanchements pleuraux) ; les fractures qui sont rares comparativement au décollement des épi-

physes et qui sont si souvent prises pour des luxations. Parmi les décollements épiphysaires, l'auteur cite celui qui se produit à l'extrémité sternale de la clavicule et qui se rencontre précisément avec la déchirure de la portion sternale du sterno-cléido-mastoïdien. Le décollement des épiphyses entre la partie écailleuse de l'occipital et la partie articulaire appartenant à la portion basilaire de l'os. La rupture dans la suture temporo-pariétale. Les fissures des os du crâne, les fractures de l'occipital avec déchirure du sinus transverse. La rupture de la colonne vertébrale. Les tiraillements, la déchirure de l'appareil ligamenteux. Les distensions, les déchirures de l'articulation de la mâchoire, de l'articulationsterno-claviculaire. La moelle par lo fait de la déchirure des ligaments vertébraux ne semble pas souffrir autant que l'on pourrait le croire d'après les auteurs.

Les luxations du fémur sont extrêmement rares, il en est de même des luxations de la mâchoire inférieure.

Les luxations de la mâchoire inférieure, fracture, décollement au niveau de la symphyse qui unit les deux moitiés de la mâchoire inférieure peuvent aussi exister avec ou sans déchirure des parties molles. Les déchirures de la muqueuse et du tissu musculaire de la bouche. Le décollement de la symphyse sacro-iliaque.

L'auteur après avoir signalé ces lésions passe en revue les diverses méthodes d'extraction, et conseille l'expression d'après le procédé de Kristeller.

Le mémoire se termine par deux tableaux comprenant :

Tableau I. Lésions produites dans l'extraction après la version, 44 cas.

Tableau II. Lésions dans la présentation de l'extrémité pelvienne, 29 cas.

1875. — TRAITÉ D'OBSTÉTRIQUE VÉTÉRINAIRE, PAR M. SAINT-CYR, PROFESSEUR A L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON.

(Revue critique. *Archives de médecine*, 1875.)

Ouvrage très intéressant dans lequel l'auteur s'est efforcé de signaler à plusieurs reprises les rapports qui existent entre l'obstétrique humaine et l'obstétrique animale, ce qui n'avait pas été fait jusqu'à lui. Malheureusement, au lieu de s'adresser aux livres sérieux, comme ceux de Jacquemier, Dubois, Cazeaux, Tarnier, l'auteur a été chercher ses inspirations dans le traité d'accouchements de Joulin, c'est-à-dire dans un livre qui n'est qu'une compilation des ouvrages parus antérieurement et où l'on retrouve à la fois les idées bizarres et dangereuses de son auteur, dans un ouvrage, en un mot, où tout ce qui a de la valeur n'appartient pas à l'auteur lui-même, et où ces parties elles-mêmes ont été plus ou moins dénaturées par le cachet plus ou moins original que Joulin a voulu leur imprimer.

On y trouve des recherches très curieuses sur la pelvimétrie qui présente cette différence remarquable avec la pelvimétrie humaine, que tandis que chez la femme la mensuration externe du bassin ne donne que des résultats fort incomplets, la pelvimétrie externe appliquée à l'animal donnerait, d'après M. Saint-Cyr et son collègue M. Arloing, des résultats absolument concluants et positifs.

Le diagnostic de la grossesse se fait chez l'animal à l'aide des signes sensibles, qui se bornent à la constatation des mouvements actifs du fœtus. Pas de ballottement, pas de résultats par l'auscultation. M. Saint-Cyr a pourtant nettement perçu les battements du cœur fœtal chez la vache.

Un chapitre intéressant du livre c'est celui qui est consacré à la durée de la gestation. Elle ne semble pas avoir chez les animaux de durée fixe comme dans l'espèce humaine, et tandis que chez la femme les grossesses prolongées sont tellement exceptionnelles qu'elles sont même absolument niées par quelques accoucheurs, M. Depaul en tête, il ne paraît pas en être de même chez les animaux où ce phénomène semble relativement assez fréquent.

Comme dans l'espèce humaine la gestation peut se faire en dehors de l'utérus.

Parmi les maladies que les animaux présentent pendant la gestation il en est une qui mérite d'attirer l'attention, c'est la paraplégie qui semble assez commune chez la vache. On observe de même chez elle l'œdème que les vétérinaires appellent l'œdème froid, et enfin Riss a signalé deux cas d'amaurose chez la jument. On a donc lieu de s'étonner que les vétérinaires n'aient pas eu l'idée d'examiner les urines des animaux atteints de ces sortes d'affections pour voir si elles contenaient de l'albumine.

Il faut encore signaler la rétention anormale du fœtus dans la matrice, l'avortement qui chez l'animal ne s'accompagne pas d'hémorrhagie, et la rétention du placenta, qui peut chez la vache se produire assez souvent et déterminer des accidents graves. Chose curieuse, chez l'animal l'avortement revêt quelquefois la forme épizootique.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude de l'accouchement naturel; il traite des présentations et des positions. Celles-ci ne sont pas fixes comme chez la femme, le fœtus, il est vrai, affecte dans la matrice une position qui est à peu près constante dans les mêmes espèces, et qu'il garde à peu près pendant toute la vie intra-utérine, mais qui change au

moment de la mise bas. Comme le fœtus humain, l'animal se présente par son extrémité antérieure, postérieure, ou par le travers. Seulement, tandis que dans l'espèce humaine c'est la tête qui sert de point de repère pour l'extrémité antérieure, chez l'animal c'est la poitrine qui désigne la présentation.

Le chapitre consacré à la dystocie est divisé en dystocie maternelle et fœtale. Ici une différence capitale avec l'espèce humaine, il n'est question chez l'animal ni de rachitisme ni d'ostéomalacie, mais les fractures du bassin, les exostoses, les tumeurs s'y rencontrent beaucoup plus fréquemment que chez la femme; il en est de même des hernies de l'utérus, des déviations de la matrice : mais il est une affection spéciale à la vache, c'est ce que les vétérinaires appellent la révolution de la matrice sur son axe, la torsion de la matrice, la torsion du col et du vagin.

Chez la femme, la matrice subit bien un léger mouvement de torsion sur elle-même, mais cela ne peut se comparer à ce qui se passe chez la vache, et qui fait que la face supérieure de la matrice devient successivement latérale inférieure, latérale du côté opposé, pour redevenir supérieure quand la révolution est complète.

Signalons encore la rigidité du col, l'oblitération complète du col, les brides cicatricielles, la persistance de l'hymen et l'atrésie vulvaire.

La dystocie fœtale est surtout déterminée par le volume exagéré du fœtus (surtout chiens) et les présentations vicieuses.

Les opérations obstétricales comportent la propulsion, la

rotation et la version, correspondant à la version dans l'espèce humaine. Quant aux moyens d'extraction, ils exigent, on le comprend, l'emploi des lacs, des licols, des crochets, du treuil, du cabestan, des moufles, c'est-à-dire des tractions mécaniques.

A ce propos, M. Charpentier, renvoyant à la thèse de M. Bailly (De l'emploi de la force dans les accouchements), se montre comme ce dernier auteur peu partisan des tractions mécaniques, et outre les objections basées sur la direction des tractions et l'impossibilité où l'on est de les diriger avec la main, en signale une qui lui paraît avoir une grande importance, « c'est, dit-il, la différence des causes de dystocie chez la femme et les grandes femelles.

Chez ces dernières, la dystocie tient le plus habituellement aux présentations vicieuses du fœtus, et comme ce n'est pas la tête qui oppose ordinairement la résistance, mais le tronc du fœtus, la compression que le bassin de l'animal aura à subir, dans les tractions mécaniques, sera déterminée par un corps relativement compressible et revêtu de parties molles, épaisses et abondantes, de là l'innocuité relative. En est-il de même chez la femme. Loin de là. Les cas dans lesquels les partisans de la force mécanique recommandent l'emploi de leurs appareils sont surtout les retrécissements du bassin. Or, ces rétrécissements du bassin sont constitués par des os solides résistants, reliés entre eux d'une façon qui ne permet pas leur écartement sans rupture des ligaments et des articulations qui les relient entre eux ; de plus les parties molles qui les tapissent sont peu épaisses et sont revêtues d'une séreuse, qui parmi les séreuses est peut-être celle qui est le plus apte à s'enflammer. Il y a donc là une première différence, dont il nous semble qu'il faut tenir grand compte. Mais en outre

quelle est la partie du corps fœtal qui, chez la femme, doit franchir cette partie rétrécie du bassin et offre la résistance? Est-ce une partie molle facilement compressible? Non, c'est au contraire la tête, c'est-à-dire la partie la plus dure, la plus résistante, la moins compressible de l'enfant, celle enfin où les parties molles sont les moins épaisses. Peut-on donc comparer les conditions? Dans un cas, il s'agit de faire franchir un bassin normal à une partie éminemment compressible (1 cent. 1/2 à 2 cent. au plus dans les cas les plus favorables de réd uc tion), la tête qui doit franchir le bassin, c'est-à-dire un canal absolument résistant et absolument inextensible ; qui de plus, comme dans certains cas de rachitisme, présente des crêtes, des arêtes saillantes, qui, comme le prouvent quelques faits, peuvent déjà devenir dangereuses dans les accouchements spontanés. Peut-on donc s'étonner des résultats funestes auxquels on arrive par les tractions mécaniques, comme le prouvent la majorité des faits recueillis actuellement? Evidemment, les tractions mécaniques pourront parvenir à faire franchir les rétrécissements à la tête fœtale, personne n'en a jamais douté; il y a là une sorte d'effet de laminoir que l'on ne peut constester, mais, dans les cas difficiles, ce ne sera jamais qu'au détriment du bassin ou de la tête fœtale, c'est-à-dire de la mère et de l'enfant, et dans les cas faciles on pourra presque toujours y parvenir avec la force manuelle seule, surtout lorsqu'elle sera exercée par un homme instruit, et qui saura varier la direction des tractions suivant les axes du bassin, et suivant les conditions dans lesquelles se présentera ce bassin. M. Tarnier, qui considère que la plus sérieuse objection que l'on puisse faire aux tractions mécaniques, c'est d'être invariables, de tirer toujours dans le même sens et de ne pas pouvoir être modifiées à volonté et dirigées suivant

l'axe curviligne du bassin, croit avoir obvié à cet inconvénient en remplaçant l'appareil de Chassagny ou de Joulin par le simple moufle. Il y a là déjà, il est vrai, une amelioration, en ce qu'on peut, à volonté, diriger les tractions dans tous les sens aussi bien qu'avec l'opération purement manuelle. Mais, si le glissement si fréquent du forceps avec les appareils mécaniques peut être ainsi un peu plus évité, il n'en peut pas moins se produire quelquefois avec ses conséquences désastreuses; et de plus, notre objection n'en subsiste pas moins tout entière. Du reste, les expériences faites par M. Tarnier sont encore bien peu nombreuses, sept seulement, et sur les sept observations, deux mères sont mortes, ainsi que quatre enfants. Les résultats ne sont donc pas brillants, et eu tous cas il est difficile de les apprécier, car dans l'article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, où M. Tarnier a publié ces résultats, il ne donne aucun détail ni sur le degré du rétrécissoment, ni sur le volume de la tête de l'enfant. Laissons donc les tractions mécaniques aux vétérinaires, et si nous voulons faire des tentatives dans ce sens, n'oublions jamais que les conditions sont absolument différentes, et que les deux existences dont nous avons la responsabilité sont autrement intéressantes que celles d'une vache ou d'une jument sur lesquelles nous pouvons, avec toute liberté de conscience, nous livrer à toutes les expériences voulues, fussent-elles aussi baroques que possible.

Ce n'est pas le tout, en effet, que de déployer de la force dans un accouchement, il faut que cette force soit intelligente, soit raisonnée, et les accoucheurs à mécaniques ont beau vous montrer, avec le dynamomètre, qu'ils ne déploient que 40 kilogr. de force là où j'en aurai besoin de 60, si mes 60 kilogr. sont bien dirigés et bien conduits ils détermineront

toujours, j'en suis convaincu, moins de désordres que les 40 kilogr. appliqués d'une façon inconsciente.

Le dernier chapitre du livre de M. Saint-Cyr est consacré aux accidents du part et on retrouve là ce qu'il appelle la fièvre vitulaire, l'analogue de la fièvre puerpérale, et sur laquelle les vétérinaires ne sont pas plus d'accord que les accoucheurs sur la fièvre puerpérale.

Disons enfin que l'éclampsie se rencontre dans les espèces animales comme dans l'espèce humaine.

1876. — Des instruments destinés a remplacer le forceps et des tractions mécaniques.

Leçon faite à l'Ecole et dans laquelle l'auteur rejette le léniceps, le rétroceps, et discute ensuite les tractions mécaniques qu'il rejette, comme on l'a déjà vu dans l'analyse du livre de M. Saint-Cyr.

1877. — Sur les signes de l'avortement pendant les premiers mois de la grossesse.

(*Annales d'hygiène et de médecine légale*. Rapport, par le Dr Charpentier).

Au mois d'avril 1874, dans une des séances de la Société de médecine légale, M. Gallard à propos d'un fait très intéressant d'avortement survenu à deux mois de grossesse et examen fait du produit expulsé émettait cette opinion. Tout avortement qui se fait dans les premiers mois doit se faire en bloc, c'est-à-dire que l'œuf doit être expulsé en entier. Lorsque l'œuf présentera des déchirures et à plus forte raison si les membranes sont retournées ce sera une preuve qu'une main criminelle aura déterminé l'avortement.

M. Charpentier s'éleva fortement contre cette opinion comme trop exagérée, et même dangereuse, et la Société de médecine légale nommait une commission chargée d'élucider la question. Nommé rapporteur, M. Charpentier discute d'abord 17 faits de M. le Dr Leblond, dont 16 sans rupture et 1 avec rupture, et montre qu'ils ne sont pas concluants ; car constatant la difficulté qu'il y a à préciser l'âge exact de la grossesse, et qu'un écart de trois semaines est possible, il craint que M. Leblond n'ait ainsi en attribuant à des œufs abortifs un âge plus avancé qu'ils ne l'avaient en réalité, pris l'exception pour la règle et réciproquement.

L'auteur croit que les œufs très jeunes sont expulsés en bloc, mais quand ils ont acquis un certain volume il n'en est plus de même : tous les accoucheurs sont d'accord sur ce point. Il constate que l'on peut avec raison reconnaître trois sortes d'avortement, l'avortement ovulaire, l'avortement embryonnaire, l'avortement fœtal.

Quand on étudie la marche de l'avortement il y a plusieurs facteurs en présence. — Kuneke, en Allemagne, en admet quatre :

1° Les modifications mécaniques ;

2° Les modifications organiques ;

3° Les modifications dynamiques ;

4° Les modifications plastiques, que l'on peut ramener à deux :

1° Modifications qui se passent du côté de l'œuf;

2° Modifications qui se passent du côté de la matrice.

Or du côté de l'œuf ces modifications sont énormes depuis le jour de l'arrivée de ce nouvel organisme dans la matrice, jusqu'à la fin du troisième mois ; et si considérables qu'il est

impossible par exemple, de comparer entre eux des œufs du premier, du second ou du troisième mois.

Passant en revue les œufs de ces différentes catégories l'auteur montre que les œufs du premier mois sont alors composés d'un chorion et de la vésicule ombilicale qui le remplit presque en entier : il y a un allantoïde, un amnios, mais pas ou à peine de cordon (œufs de Thomson, Müller, Coste, Wagner, Devilliers). Ces œufs sont pleins, ne possèdent pas de cavité remplie de liquide et sont partout recouverts de villosités. Pendant ce premier mois, l'œuf présente donc une physionomie spéciale. Greffé sur la muqueuse utérine qui a bourgeonnée autour de lui, de façon à constituer ce que l'on appelle la caduque réfléchie, l'œuf est entouré de toutes parts par les villosités choriales qui se développent sur toute son étendue, il se compose déjà de ses deux membranes, amnios, chorion; et la muqueuse utérine peut se décomposer en trois parties : caduque réfléchie, caduque pariétale et muqueuse utéro-ovulaire; mais il n'y a pas véritablement encore de cavité de l'amnios, elle n'est qu'en voie de formation et nécessairement si l'œuf est expulsé, il est expulsé en bloc.

Lorsque l'avortement survient dans ces conditions, l'œuf, on le comprend, se détache facilement de la muqueuse et son petit volume aidant, il passe à travers le col sans que la femme en soit pour ainsi dire avertie autrement que par la sortie de quelques caillots, et par la manifestation de quelques coliques qu'elle n'éprouve ordinairement pas, ou qui ne se manifestent qu'à l'époque des règles, affectant ainsi nettement le caractère de coliques utérines et se distinguant par conséquent des coliques intestinales. — Ce n'est pas du reste à cette époque qu'il peut être question d'avortement provoqué, car les femmes soupçonnent à peine leur grossesse et se bornent

à l'emploi de bains, de cataplasmes chauds et des emménagogues.

Quand au deuxième facteur, c'est-à-dire aux phénomènes qui se passent du côté de la matrice, il n'y a pas et il ne peut pas y avoir encore, à proprement parler, de contractions utérines, la fibre utérine n'étant pas encore développée.

L'avortement embryonnaire présente un autre tableau; trois facteurs ici entrent en jeu :

1° Volume et résistance de l'œuf;

2° Action de la matrice;

3° Vitalité ou mort de l'œuf.

A partir de la cinquième semaine, l'œuf se compose de trois enveloppes distinctes : une interne, l'amnios, qui s'éloignant de plus en plus de l'embryon forme une cavité qui tend à se remplir de plus en plus par le liquide amniotique; une externe, le chorion garni de villosités creuses et ramifiées qui couvrent toute la périphérie de l'œuf et pénètrent dans l'épaisseur do la muqueuse utérine ; et entre ces deux membranes l'allantoïde, qui s'aplatissant de plus en plus à mesure qu'elle s'épanouit, arrive de l'état de vésicule à l'état de lamelle cellulaire, qui vient amener les vaisseaux ombilicaux jusque dans les plus fines radicules des villosités choriales devenues creuses; enfin, comme dernière enveloppe, la caduque pariétale utérine et la muqueuse utéro-placentaire. La vésicule ombilicale atrophiée et flétrie n'existe plus qu'à l'état de vestige. Le cordon est à l'état de formation, mais il existe déjà bien réellement.

Les villosités tendent à s'atrophier partout, sauf au niveau de la muqueuse utéro-ovulaire, inter utéro-placentaire, où elles se développent au contraire d'une façon exagérée pour former le placenta.

Quant à l'utérus, il subit une véritable hypertrophie qui porte sur tous les éléments de l'organe, mais surtout sur la fibre musculaire. L'avortement se compose donc alors : 1° du décollement de l'œuf; 2° du décollement de la muqueuse pariétale ou caduque; 3° de l'expulsion de l'œuf.

C'est bien rarement du premier au second mois que les manœuvres criminelles destinées à provoquer l'avortement sont exécutées. Ce n'est pas à la perforation des membranes que les criminels ont recours à cette époque, c'est aux injections, au décollement des membranes, aux sondes. Mais la perforation des membranes expose trop à la perforation de l'utérus. — C'est d'un autre côté à cette époque que se font la plupart des avortements spontanés, correspondant à la période cataméniale : que la congestion dépasse les limites normales, une hémorrhagie se déclare, le sang s'épanche dans la cavité utérine, déchire les liens qui unissent l'œuf à l'utérus, quelquefois même déchire le chorion lui-même, pénètre dans l'épaisseur de cette membrane arrive même jusqu'à l'amnios et pénètre jusque dans la cavité de l'œuf. Voilà un premier cas où les membranes sont rompues. — L'hémorragie est-elle moins abondante, il y a simple décollement de l'œuf qui devenu corps étranger est expulsé, par l'utérus en bloc, ou membranes rompues, suivant les cas. Mais c'est l'hémorrhagie qui est le signe du début. Les contractions ne viennent qu'après.

Dans une seconde variété l'hémorrhagie ne vient qu'en second lieu, et ce sont pour ainsi dire les contractions utérines qui font tous les frais de l'avortement. Au lieu d'un décollement rapide et étendu, l'œuf ne se décollera que lentement, progressivement, peu à peu, par place ; chaque décollement étant précédé d'une contraction, s'accompagne d'une

hémorrhagie qui n'aura plus les caractères de la première. L'autre était violente, abondante au début, puis continue et composée de sang noirâtre. Celle-ci sera plus intermittente en rapport avec l'intensité des contractions et d'autant plus vive que les douleurs seront plus énergiques. L'œuf est vivant dans ce dernier cas et il résiste à la destruction tant que la nature le permet. Ce n'est plus un corps étranger dont l'utérus cherche à se débarrasser le plutôt possible, c'est un organisme vivant, qui greffé sur l'organisme maternel exige pour en être séparé des efforts plus héroïques et plus puissants. De là la durée plus longue de l'avortement, de là ces alternatives de repos et de douleurs, le caractère intermittent des contractions qui est le type de l'action utérine en particulier, dans l'avortement.

Les conditions d'expulsion ne sont donc plus les mêmes que dans le cas précédent... Et cela ne suffit-il pas pour expliquer l'intégrité de l'œuf dans le premier cas, et sa rupture dans le second? Tandis que dans le premier cas l'œuf détaché de l'utérus tend de lui-même à s'engager dans le col, dans le second, l'œuf retenu encore par une partie de ses adhérences à l'utérus est incomplètement poussé vers ce col au moment de la contraction utérine. Poussé par l'utérus au moment de la contraction, il tend après cette contraction à reprendre sa place normale. La contraction s'augmente, le col s'entr'ouvre, l'œuf s'y engage, mais la contraction cesse et l'œuf se trouve ainsi pris entre deux forces, le col d'une part qui tend à le retenir, le corps de l'utérus de l'autre, qui tend à l'entraîner en arrière au moment où la contraction cesse. Qui ne voit qu'il y a là une série de tiraillements, qui, pour peu que les adhérences résistent, exposent fatalement l'œuf à une rupture; rupture qui n'est pas obligatoire, mais qui surviendra d'autant plus

sûrement que la vitatité de l'œuf sera plus grande et les adhérences plus solides. Ce mécanisme est d'autant plus réel que l'on en trouve la confirmation à mesure que l'on s'éloigne du début de la grossesse. Plus on s'éloigne de ce moment plus la rupture est la règle. A 3, 4, 5 mois, toujours les membranes se rompent et on a pu dire avec raison que dans l'avortement, l'expulsion du fœtus n'était rien, [celle du placenta était tout.

Dans l'avortement le col ne s'efface ni ne se dilate ; il s'ouvre seulement de la quantité suffisante pour que l'œuf puisse passer, mais il conserve toute sa longueur, les deux orifices restent à leur distance respective, ce n'est plus un anneau que l'œuf va franchir, c'est un canal dont la rigidité est d'autant plus grande que la grossesse est moins avancée.

Discutant ensuite le fait invoqué par Gallard, l'auteur réfute une par une chacune des assertions de son contradicteur (retournement de l'œuf, absence du fœtus, etc.), puis il arrive à l'avortement de 2 mois à 3 mois 1/2.

A partir de cette limite l'avortement devient un accouchement en petit, et l'avortement lui-même devient de plus en plus rare, à partir de cette époque. C'est au contraire dans cette période qu'il est le plus souvent provoqué. C'est à ce moment que le signe invoqué par Gallard pourrait avoir de l'importance, il n'en est rien.

L'œuf, en effet, n'est plus le même ; les villosités atrophiées sur la plus grande étendue de la surface se sont condensées, réunies, hypertrophiées en masse sur un point, pour constituer le placenta qui fixe solidement l'œuf à la paroi utérine. L'amnios et le chorion forment deux membranes excessivement minces, enfermant la cavité de l'œuf remplie du liquide amniotique dans lequel nage le fœtus, attaché au placenta par

son cordon ombilical. Le placenta est relativement beaucoup plus solide, plus volumineux que le fœtus.

Qu'un traumatisme, qu'une hémorrhagie se produisent, l'œuf se décollera, mais partiellement, aussi la rupture des membranes devient la règle et l'avortement en bloc l'exception.

L'utérus, d'un autre côté, est loin d'avoir acquis sa structure définitive; la fibre musculaire y est encore à l'état rudimentaire, aussi ses contractions sont-elles relativement trop faibles pour détacher le placenta : de là la durée quelquefois infinie de l'avortement. Ajoutons la disproportion entre l'ouverture du col et le corps qui doit la traverser. Voici ce qui se se passe : l'avortement commence (perte ou contraction, peu importe, mais ces deux phénomènes marchent pour ainsi dire parallèlement). Sous l'influence des contractions, le col s'entr'ouvre, l'œuf s'engage dans le col, mais il ne sort pas ; il reste là plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours ; puis à un moment donné, la plupart du temps dans une contraction, quelquefois, je dirai même souvent, dans un mouvement, dans un effort de la femme, l'œuf se rompt. Au moment de la rupture, l'embryon qui est relativement lourd pour son cordon, est chassé à travers le col qu'il franchit, grâce à sa mollesse, et si l'effort est un peu soutenu, sa propulsion seule suffit à rompre le cordon. Si le cordon résiste, l'embryon reste appendu à ce cordon, appliqué contre les parties de la femme, et si l'on n'intervient pas, le cordon se rompt dans les mouvements de la femme. Si l'on tire ce cordon, il se rompt infailliblement, mais *jamais*, *jamais* il ne peut être assez résistant pour suffire au décollement du placenta, et à plus forte raison à son retournement.

Passé 3 mois l'avortement, comme l'accouchement, se fait en deux temps :

1° Expulsion du fœtus.

2° Expulsion du placenta.

La Société a adopté les conclusions de ce rapport qui sont les suivantes :

1° l'état actuel de la science ne permettant pas de fixer d'une facon absolue l'âge de le grossesse, et un écart de 3 semaines étant toujours possible entre le début vrai et le début supposé de cette grossesse, il est impossible de déterminer exactement l'âge des produits abortifs que l'on aura à examiner.

2° Dans les six premières semaines, l'avortement se fait en bloc, le volume et la cavité de l'œuf étant à cette époque très minimes.

3° De la sixième à la dixième semaine, ou environ, l'avortement peut encore se faire en bloc, mais il se fait au moins aussi souvent en deux temps. Tout dépend de la résistance de l'œuf, de la force des contractions utérines, de la résistance du col, des adhérences de l'œuf ou de ses altérations.

4° l'absence du fœtus ne prouve pas l'intervention criminelle, car ce fœtus peut avoir subi la dissolution, si l'œuf mort a séjourné longtemps dans la cavité utérine.

5° A partir de 3 mois, 3 mois 1/2, la rupture est la règle, l'avortement se fait en deux temps : expulsion du fœtus, expulsion du placenta, cette dernière partie de l'avortement pouvant durer plus ou moins longtemps.

6° jusqu'à 4 mois, le cordon est beaucoup trop faible pour résister aux tractions qui seraient exercées sur lui dans le but d'extraire le placenta.

7° La rupture des membranes ne peut donc être consi-

dérée à elle seule comme un signe d'avortement provoqué: on n'est pas autorisé à en faire un signe de certitude d'avortement criminel, même lorsqu'on la constate dans les premiers mois.

1877. — Du traitement de l'accouchement dans les bassins rétrécis. — Par Litzmann, à Kiel.

(Sammlung Klinischen Vorträge in Verbindung mit deutschen klinikern. Richard Volkmann, nº 90. Leipzig, 1875.)
(Traduit par Charpentier. Archives de Tocologie, 1877.)

En traduisant ce mémoire, M. Charpentier a voulu mettre les lecteurs français au courant de la pratique allemande dans les cas de rétrécissements du bassin, et montrer les différences qui existent dans la pratique française et allemande. Tandis qu'en effet en France les accoucheurs ont recours au forceps suivi au besoin de l'application du céphalotribe après perforation du crâne, en Allemagne c'est à la version que l'on a recours. Les auteurs allemands eux-mêmes ne sont pas d'accord sur ce point, chaque procédé ayant des partisans plus ou moins convaincus.

1877. — Des grossesses extra-utérines.

(*Revue des sciences médicales*, 1877. Revue générale.)

L'auteur n'a pas eu dans ce travail le but de faire une étude complète et détaillée des grossesses extra-utérines, il a voulu seulement signaler plus particulièrement quelques points intéressants, et montrer les progrès réalisés dans ces dernières années dans l'étude de cette anomalie de la grossesse.

Il montre d'abord que quoique signalées par les auteurs anciens, qui les considéraient comme des faits bizarres, curieux, dont ils ne pouvaient se rendre compte, les grossesses extra-utérines n'ont été admises comme une espèce distincte, que depuis l'époque où la présence de l'œuf a été nettement constatée dans l'ovaire et où la fécondation a été étudiée d'une façon assez intime pour que ces faits qui paraissaient surnaturels pussent s'expliquer — et ce n'est en réalité que nepuis les travaux de Megrier, de Raciborsky et de Coste que les phénomènes de la menstruation et de la fécondation étant bien connus, on a pu arriver à une étude rationnelle des grossesses extra-utérines.

Or l'ovule fécondé non seulement peut se développer sur tous les points des organes génitaux, même le col (obs. de Chavanne), mais il peut se greffer sur tous les organes contenus dans la cavité abdominale, et y subir toutes les périodes de son évolution. De là, au point de vue anatomo-pathologique, une foule de divisions et de subdivisions, dont quatre surtout permettent d'y faire rentrer toutes les autres, *ovarique*, *abdominale*, *tubaire* et *interstitielle*. Se plaçant au point de vue exclusivement pratique, Depaul pense que l'on peut réduire à deux les nombreuses variétés admises par les auteurs, la grossesse tubaire et la grossesse péritonéale, chacune d'elles admettant une sous-division :

Grossesse tubaire . .	Interstitielle. Tubaire prop. dite.
Grossesse péritonéale	Primitive. Secondaire.

Depaul exclut ainsi la grossesse sous-péritonéo-pelvienne dont il existe cependant des observations authentiques. Dans ce cas, l'ovule se développe entre les deux feuillets du ligament

large, indépendamment de l'ovaire et de la trompe, dans la cavité pelvienne.

Enfin ajoutons que les idées nouvelles sur la structure de l'ovaire, en faisant constater la non existence de la tunique albuginée de l'ovaire, doivent modifier les idées que l'on se faisait de la grossesse ovarique. L'œuf fécondé doit forcément se développer dans l'intériour de la vésicule de Graaf, et les parois du kyste être formées par les parois de cette vésicule plus ou moins amincies et distendant plus ou moins le péritoine qui les recouvre.

Causes. — Les auteurs ne s'cntendont pas beaucoup mieux au point de vue des causes, chacun attachant une importance particulière à celles qu'il lui a été donné de supposer. Mais s'il en est d'hypothétiques, il en est un certain nombre d'incontestables qu'il faut signaler. Ainsi tout ce qui pourra mettre un obstacle à la migration de l'œuf dans la trompe pourra déterminer cet accident. Telles sont les imperforations, les vices congénitaux des trompes, leur oblitération par d'anciennes inflammations adhésives, des mucosités, des polypes, les tumeurs de la matrice, les tumeurs pelviennes, les brides accidentelles suites de péritonite, certaines affections de matrice (cancer), des traumatismes qui en permettant la rupture des parois de la matrice favorisent la pénétration de l'œuf dans l'abdomen, les cas singuliers de Lecluyse, de Kœberlé, de fistules de la matrice ayant permis la fecondation, enfin, certains cas que les Allemands ont étudié sous le nom de transmigrations internes et externes de l'œuf.

L'anatomie pathologique présente les mêmes divergences, car si tous les auteurs concordent pour l'œuf lui-même, il n'en est plus de même quand il s'agit de déterminer son point d'implantation. Il suffit de rappeler les faits signalés par

Velpeau pour faire comprendre comment tel fait considéré comme une grossesse ovarique par un auteur est pris par un autre pour une grossesse tubaire ou tubo-abdominale, etc.

L'auteur étudie ensuite les points d'implantation de l'œuf; les modifications qui se produisent dans les parties maternelles sur lesquelles s'implante le placenta; il montre qu'il se forme en ce point une sorte de réseau vasculaire érectile sur lequel le placenta est implanté. Toutes les observations s'accordent à cet égard. Il s'agit en effet avant tout pour la nature d'assurer la vitalité, l'existence de ce nouvel organisme, et ce n'est qu'en le mettant dans des conditions analogues à celles qu'il aurait rencontré dans la matrice que la nature peut y parvenir.

Les parties génitales ne restent pas indifférentes au travail qui se passe en dehors d'elles pas plus que les mamelles; mais les deux modifications les plus importantes, se passent du côté du col et de la caduque.

Du côté du col ces modifications rappellent jusqu'à un certain point celles de la grossesse utérine, mais elles ne dépassent pas certaines limites et dans l'immense majorité des observations, ces modifications sont en *désharmonie avec l'âge* de la grossesse ; de plus, le col subit des déplacements qui ne sont pas ceux de la grossesse normale, et qui sont subordonnés au déplacement que la matrice subit sous l'influence du développement du kyste fœtal.

La caduque se présente ordinairement comme constituant la couche la plus interne des parois utérines, dont elle peut se détacher et être expulsée en totalité ou en partie, à différentes époques de la gestation. Sa consistance, sa couleur, son épaisseur sont variables. La caduque existe donc, mais elle ne peut exister que dans l'utérus, et les auteurs qui dans

le cas de grossesses tubaire, ovarique, ou abdominale ont voulu chercher dans ces organes, et en contact avec l'œuf, une véritable caduque, ne devaient ni ne pouvaient en trouver. Schrœder pourtant admet que dans les cas de grossesse tubaire, la muqueuse de la trompe bourgeonne et forme une véritable caduque réfléchie. L'apparence peut être la même, mais la structure différente prouve qu'il ne s'agit pas là de la vraie caduque.

Le fœtus possède toujours son chorion et son amnios, et il ne peut en être autrement. Mais les éléments dont se compose l'organe protecteur de la matrice accidentelle et dont s'entoure le produit de conception varient suivant les points où il se développe.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'existence d'un kyste protecteur, mais les éléments qui entrent dans sa composition varient suivant les cas. Quant an placenta il ne diffère du placenta des grossesses utérines que sous le rapport du siège, de la forme et du volume.

Le fœtus, jusqu'au terme complet de son développement, ne présente rien de particulier, mais lorsque le fœtus reste passé ce temps dans la cavité abdominale, il peut se présenter sous des aspects fort différents. Tantôt il survit un certain temps après le terme normal, et alors il présente un degré de développement et d'ossification en rapport avec l'âge de la grossesse, tantôt et le plus ordinairement, il succombe avant terme, et alors il subit des altérations très diverses, macération, putréfaction si l'air a eu accès, dessèchement, squelettisation, ossification, saponification, sans compter les altérations dues à l'inflammation du kyste.

Symptômes. — Les plus importants sont les irrégularités au point de vue de la suppression des règles ; les écoulements

sanguins ou séro-sanguins qui se manifestent en dehors de toute époque menstruelle, accompagnés de coliques, de douleurs violentes, et la présence dans ces écoulements de lambeaux pseudo-membraneux qui ne sont autres que des débris de caduque.

Une douleur très variable pour le momont et le mode de son apparition, son siège, son intensité, sa marche, douleur qui se réveille avec une intensité et une acuité plus considérable encore, avec sensation de déchirement, au moment de la rupture du kyste fœtal.

L'apparition d'un faux travail.

Puis les signes de certitude fournis par le palper : présence d'une tumeur qui, située latéralement, est plus dure, plus résistante que l'utérus gravide, présente souvent du ballottement et à côté de laquelle on en trouve souvent une autre plus petite constituée par l'utérus. Constatation des parties fœtales.

L'auscultation permet seulement d'affirmer la grossesse, mais le toucher vaginal donne les signes les plus importants en faisant constater le peu de développement de l'utérus, les modifications incomplètes du col, ses déviations anormales, véritables déplacements et surtout la *désharmonie* entre ces modifications et l'âge de la grossesse.

Le toucher rectal donne des renseignements précis sur la forme, le volume et la position de l'utérus et les dimensions de la tumeur.

Depaul attache une importance capitale à deux caractères particuliers :

1° La position plus superficielle des parties fœtales qui dans certains cas semblent sous la peau ;

2° La forme particulière, spéciale de la tumeur dont le

diamètre transverse est plus étendu que le longitudinal; tumeur qui affecte une direction plus ou moins oblique, ordinairement à gauche, tandis que dans la grossesse normale c'est généralement du côté droit que s'incline l'utérus. Enfin le cathétérisme utérin qui permet de constater la vacuité de l'utérus; ajoutons enfin les symptômes qui surviennent après le déplacement de l'œuf et la rupture du kyste.

Durée. — Varie avec les formes de grossesse extra-utérine.

Celles qui durent le moins sont les grossesses interstitielles dépassant rarement le troisième mois.

Viennent ensuite les grossesses tubaires, puis les ovariques, et enfin les grossesses abdominales qui elles, au contraire, peuvent dans certains cas se prolonger presque indéfiniment.

Terminaisons. — L'auteur signale : deux variétés.

Dans la première, la grossesse se termine pendant le cours de la gestation ou au terme du complet développement du fœtus, avant ou immédiatement après la mort de celui-ci (grossesses récentes de Cavwenberghe).

Dans la deuxième, la grossesse ne se termine qu'à une époque très variable, après un séjour plus ou moins long du fœtus devenu corps étranger dans le corps de la mère (grossesse ancienne).

Grossesses récentes. — Ruptures du kyste. Pas de rupture du kyste, transformations du fœtus.

Grossesses anciennes. — Le fœtus peut rester au sein de l'organisme maternel, s'y momifier, s'y encrouter de sels calcaires, y subir la transformation adipocireuse et se réduire à son squelette.

2° Après un séjour plus ou moins prolongé, divers accidents causés par sa présence, ou coïncidant avec elle, peuvent ame-

ner la mort sans qu'il se soit établi aucune voie d'élimination.

3° Le kyste peut s'ouvrir soit par la paroi abdominale, soit par l'intestin, soit par le canal utéro-vaginal, soit par la vessie, et les débris du produit de conception être éliminés au dehors.

Diagnostic. — Se divise en deux catégories :

1° Etablir qu'il y a grossesse, et grossesse extra-utérine, c'est-à-dire distinguer la grossesse extra-utérine de la grossesse utérine et des différentes affections qui peuvent être confondues avec elle.

2° Reconnaître la variété de grossesse extra-utérine à laquelle on a affaire.

Traitement. — Quant au traitement, tous les auteurs s'accordent à considérer deux périodes :

1° La femme pour laquelle on est consulté est dans le cours des quatre ou cinq premiers mois de cette grossesse insolite.

2° Elle a dépassé cette première période et elle est arrivée plus ou moins près du terme normal de la grossesse; parfois même elle l'a dépassé.

On a conseillé la ponction du kyste et l'introduction dans la cavité de substances toxiques en quantité suffisante pour tuer le fœtus sans faire courir à la mère un danger sérieux. (Cas de Freidreich, suivi de succè.s) Mais souvent le diagnostic ne se fait qu'au moment de la rupture du kyste. Faut-il intervenir? Depaul s'y oppose absolument et l'auteur se rattache à cette opinion. Mais après le quatrième ou le cinquième mois, le diagnostic peut être aussi complet que possible, il s'agit presque toujours de grossesse péritonéale. C'est la gastrotomie qui est indiquée. Reste le moment où

elle doit être pratiquée. Depaul conseille d'attendre la fin du huitième mois, mais il faut se garder de toucher au placenta.

Quand le fœtus est mort, Depaul conseille la temporisation en se réservant d'intervenir lorsque la présence du corps étranger n'est pas tolérée. Lorsque des accidents tenant à l'inflammation ou à la décomposition du fœtus et du kyste se sont déjà produits, Depaul intervient le plus promptement possible, le succès de l'opération dépendant beaucoup de l'état de santé ou de dépression de la mère.

Le manuel opératoire, on le comprend, ne peut avoir rien de précis.

1879. — L'obstétrique au Japon.

(Traduit du Japonais en Allemand, par M. Miyake, interprète et par le Dr Muller. — Retraduit de l'Allemand : Mittheilungen der Deutschen Gesellschaft für Natur-und Völkerkunde Ostasiens, Yokohama), par Charpentier. (Archives de Tocologie, 1879.)

Publication bizarre, sans aucune importance scientifique, mais qui sert à faire connaître au lecteur l'état de la science obstétricale au Japon jusqu'à nos jours, et les procédés opératoires employés par les Japonais dans les cas de dystocie.

1879. — Notice bibliographique sur le Dr Jacquemier.

(*Archives de médecine*, 1879.)

L'auteur, en faisant connaître le résumé des ouvrages de M. Jacquemier, a voulu montrer la valeur de l'homme aussi modeste que bon que l'Académie a perdu récemment et rendre ainsi un dernier hommage à celui qui lui a témoigné tant d'intérêt et de bonté au début de sa carrière obstétricale.

Paris. — A. Parent, imp. de la Faculté de Médecine, r. M.-le-Prince, 29-31.